

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POOR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLO

BELÁK SÁNDOR
HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Engel Károly: A syphilis, mint belorvosi betegség. (985—989. oldal.)
Bársony Tivadar és Koppenstein Ernő: Új eljárás a húgy-hólyag röntgenvizsgálatára. (989—991. oldal.)
Rejtő Kálmán: A süllýedésebbességi és labilitási reakciók érzékenysége luesben. (991—994. oldal.)
vitéz Schulcz Ágost: Az ovarium visszahatása a hypophysisre. (994—996. oldal.)
Török Sándor: Kísérleti vizsgálatok az orthostatikus albuminuriában. (996—998. oldal.)

Friesz Jenő és Mohos Ernő: Tejsav meghatározások exsudatumokban és transsudatumokban. (998—1000. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (173—176. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. — Fülgyógyászat. (1000—1007. oldal.)
Könyvismertetés: (1002—1002. oldal.)
Egyesületek ülésgyűjteményei. (1003—1003. oldal.)
Belák Sándor. Tények és tanok az aetiológiában. (1005—1006. oldal. és a borítólapon III. oldalán.)
Vegyes hírek: (a borítólapon III. és IV. oldalán.)

A syphilis, mint belorvosi betegség.*

(Klinikai előadás.)

Irta: *Engel Károly dr., egyetemi rk. tanár,*

A syphilis évszázadok óta a bőrgyógyászati klinikák tanították, éppúgy, mint ahogy dermatológiai könyvek tárgyalták elsősorban. Ez mai ismereteink alapján voltaképpen hibás. A syphilis nem bőrbetegség. A syphilis első megnyilvánulásának néhány napjától, sőt talán csak néhány órájától eltekintve, thypusos belső baj, amelynek tanítása elsősorban a belső bajok klinikáihoz tartozik, éppúgy, mint ahogy elsősorban belorvosi tankönyveinknek kellene ezzel a rendkívül fontos belső bajjal foglalkozniok. Ugy az emberi, mint az állati pathologia ma kiderítette azt, hogy a spirochaeták a bőrbe hatolásuk után a nyirokutakon gyors tovább terjedés folytán már néhány nap, sőt állatokon már néhány óra múlva elterjednek a szervezetben, megtelepsznek az összes belső szervekben, azokban rövidesen anatómiai elváltozásokat is okoznak s ez elváltozások az esetek nagyobb számában manifest klinikai tünetekkel is járnak. Mire a primaer sklerosis kifejlődik, a syphilis már egész biztosan nemcsak a bőr betegsége, a bőrhöz tulajdonképpen csak annyiban van köze, hogy a behatolás a bőrön át történt és az, hogy a behatolás helyén bőrelváltozás fejlődött ki. Hogy a syphilissel és kiváltképpen annak korai stadiumával oly hosszú időn át mégis elsősorban a dermatológusok foglalkoztak, annak oka az volt, hogy a syphilis korai stadiumában régebben a betegség körjelzését csakis az ez időben kimutatható bőr- és nyálkahártya-tünetek megismerése révén állapították meg, az ezen stadiumban mutatkozó egyéb betegségi tüneteknek, mint amilyenek fejfájás, gyomortünetek, láz, stb. jelentőséget alig tulajdonítottak, a syphilis azon késői elváltozásait pedig, ame-

lyeknek mai ismereteink szerint a syphilis morbiditása és halálozása szempontjából oly döntő jelentőségük van, egyáltalában nem vagy alig ismerték. Ily körülmények között természetes volt, hogy a syphilissel az a szakember foglalkozott, aki annak a körjelzését leginkább meg tudta állapítani, tehát a bőrgyógyász. Megjegyzem, hogy a dermatológusok mindvégig jól tanították a syphilist, hogy a syphilis tanának óriási előhaladását nagyrészt nekik köszönhetjük, — hiszen felesleges lenne e tekintetben Ricord, Fournier, Neumann, Finger, stb. tudományos érdemeire hivatkozni — de ez nem von le semmit a mai tudásunk szerint egész határozottan fogalmazható ama tételből, hogy a *syphilis belorvosi betegség, amellyel foglalkozás és amelynek tanítása elsősorban a belorvosi klinikákra és belorvosi tankönyvekre tartozik.* Megindokolja e tétel mai érvényességét az, hogy a syphilis fontosságát, mint pusztító népbetegség elsősorban a belorvostan körébe tartozó betegségi megnyilvánulásainak köszönheti. Hogy a syphilis nem tartozik a dermatológiába, ma még sokkal kevésbé mint a múltban, a mellett jelentősen szól az is, hogy a mai syphilis mint arra elsősorban a dermatológusok, nevezetesen *Finger* felhívják a figyelmet, sokat vesztett dermatotrop jellegéből. Ma a dermatológiai klinikán összehasonlíthatatlanabban ritkábbak a fekélyes syphilises bőrelváltozások, számbelileg is erősen megfogott a dermatológiai klinikák syphilisanyaga. Belklinikák és ideggyógyászati klinikák viszont tele vannak a belső szervek syphilisében szenvedő betegekkel. Már 20 évvel ezelőtt, boldogult főnököm, *Jendrassik* tanár klinikáján sokszor végeztünk erre vonatkozóan számításokat és a klinika betegeinek 30 — 50%-át találtuk syphilises eredetűnek, néha még ennél is többet. Hogy a syphilis nem tartozik a dermatológiába, hanem a belorvostanba azt sok kiváló szerző már régóta vitatja. E szerzők közül határozott állásfoglalása miatt *Citronnak* következő néhány mondatát idézem: „A syphilis nem bőrbaj, sokszor nem is okoz semmiféle bőrtünetet. A bőrtünetek nem jelentenek csak helyi bőrbajt, a bőrtünetek mutatkozása nem jelenti a betegség általánossá válását, elmulásuk

*) Az ó-tátrafüredi nemzetközi továbbképző kurzuson 1932. május hó 15-én tartott előadás.

nem jelent gyógyulást. A beteg sorsára a bőrtünetek gyakorisága, kiterjedése, semmiféle befolyással nincs." A bőrtüneteknek eszerint végeredményében csakis az elkülönítő kórjelzés szempontjából van jelentősége, de ebből aztán jelentősége igen nagy. Nekünk belorvosoknak a jövőben kétségtelenül többet kell majd foglalkoznunk ezekkel a bőrtünetekkel, de a syphilidologusoknak még inkább kell a syphilis belorvosi és ideggyógyászati megnyilvánulásainak klinikájával foglalkozniok. Röviden összefoglalva azt kell mondanom, hogy a *syphilis belorvosi betegség*, amelynek behatolási kapuja ugyan a nagyon ritka, egészen kivételes esetektől eltekintve a bőr, de amelynek dermatológiai vonatkozásai csak valamivel többek mint a scarlaté, a kanyaróé, himlőé, vagy más acut exanthemás betegsége.

Már említettem azt, hogy a syphilis kórokozói a spirochaeták már igen korán a bőrbe hatolásuk után elterjednek mindenütt a szervezetben. Az első időben a szervezetben lévő spirochaeták még nem lépnek kölcsönhatásba a szervek szöveteivel, valószínű, hogy ez az időszak felel meg a *primaer seronegativ stadiumnak*. Később a spirochaeták már anatómiai elváltozást is okoznak mindenütt a szervezetben s ennek az anatómiai elváltozásnak serológiai elváltozás is felel meg. Ez a *primaer seropositiv stadium*, e két stadium megkülönböztetésének, mint látni fogjuk, nagy therapiás jelentősége is van. A spirochaeták kedvenc localisatiója elsősorban az erek körül lévő kötőszövet, úgy az ütőereké, mint a vénáké, sőt a hajszálereké is. Mindezen helyeken gyulladásos elváltozást, gömbsejtes beszűrődést okoznak. Innen indul ki azután az érfael megbetegedése, mely fokozatosan átterjedhet annak összes részeire. A *syphilis az első stadiumtól kezdve mindvégig elsősorban az erek betegsége*. Az érelváltozás megnyilvánulhat mint önálló betegség, ilyen az aortitis syphilitica, az endoarteritis syphilitica cerebri, a syphilitikus phlebitis, vagy csak részletjelensége az azonkívül az egész kötőszövetre kiterjedő parenchymás, illetve kötőszöveti megbetegedésnek. Már a sanker fennállása idején a belső szervek syphilitikus megbetegedése folytán létrejövő tünetek komoly belorvosi betegség képében jelenhetnek meg. Ezek közül a korai stadium betegségei közül elsősorban a *májmegbetegedést* említem meg. A spirochaeták a betegségnek már egész korai stadiumában a májsejtek diffus kisebb-nagyobb fokú bántalmazottságát okozzák szinte kivétel nélkül. Ennek ismerete a syphilis kezelése szempontjából óriási jelentőségű, hiszen ez az anatómiai alapja a rendkívül fontos salvarsanikterusnak. A májnak a korai megbetegedése legtöbbször klinikai tünetet vagy egyáltalán nem vagy alig okoz. Ha azonban a májsejtek bántalmazottsága nagyobb fokú, úgy az ikterus syphiliticus praecox klinikai képe fejlődik ki, egy betegségé, amely teljesen hasonló az ikterus catarrhalishoz, amelyről tudjuk, hogy lényegében acut hepatitis. Ez a korai syphilitikus sárgaság a legtöbbször símán gyógyul, vagy legalább látszólag meggyógyul, de tudnunk kell róla, hogy habár ritkán épűgy, mint salvarsanikterus atrophia hepatis flava képében a beteg halálát is okozhatja. Miként a májat, úgy a vesét is rendkívül gyakran támadják meg már egészen korán a spirochaeták, illetve azok toxinjai innen van, hogy syphilitikus embernek már egészen korán oly gyakran van fehérjevizelése. Ha a vese bántalmazottsága nagyobb fokú, úgy a *syphilitikus nephrosis* képe fejlődik ki, jellemző, kiterjedt, minden diéta kezelés dacolód oedemájával. Rendkívül fontos továbbá az egész korai stadiumban mutatózó *agyghártyagyulladás*, amelyről tudnunk kell azt, hogy ez okozza a syphilis korai stadiumában mutatózó fejfájást. Mind e korai tüneteknek úgy az elkülönítő kórjelzés, mint a betegség fontossága miatt nagy a jelentősége. De még

nagyobb e betegségi tünetek fontossága azért, mert valószínű, hogy a különböző szervekben ebben a korai másodlagos stadiumban megtelepedő spirochaeták az okozói a későbbi stadium belorvosi betegségeinek, amelyeknek a syphilis morbiditása és mortalitása szempontjából azután már összehasonlíthatatlanul nagyobb a jelentőségük.

A syphilis, miként a korai, úgy a későbbi stadiumban is a szervezetben lévő minden szerv parenchymás, kivált pedig sklerogummosus elváltozását illetőleg a kettő kombinációját okozhatja. Hogy a syphilis a szervezetben lévő minden egyes szerv megbetegedését okozhatja, arra nagyon nyomtatékosan szeretném a figyelmet felhívni, mert ez az oka annak, hogy minden belorvosi bajban, bármely klinikai képen mutatózó is az, a betegség differenciáldiagnózisának megállapításában a syphilisre okvetlenül gondolnunk kell, sőt mint azt, főnököm Jendrassik tanár oly szellemesen hangsúlyozta, „ahol legkevésbé gondolunk syphilisre, ott gondoljunk syphilisre.” Legyen az csecsemő, vagy öreg, férfi, vagy nő, virgo intacta, vagy terhes asszony, koldus, vagy millárdos, heveny, idősült baj, mint belső baj koroktanának kutatásában a syphilissel, mint kóroki tényezővel számolnunk kell. De ha ezt ilyen módon állítom be, akkor tulajdonképpen mindjárt arra a kérdésre kell választ adnom, hogy gyakoriak-e voltaképpen a syphilitikus belső bajok és hogy van-e nagyobb jelentőségük? Legnagyobb határozottsággal azt kell mondanom, hogy, *sajnos, e bajok nagyon gyakoriak és nagyon komoly jelentőségűek*.

A lakosságnak syphilissel fertőzöttsége az utolsó évtizedekben, kivált a nagy városokban, világszerte mindenütt óriási. Magam is próbáltam a budapesti felnőtt lakosság fertőzöttségére vonatkozólag képet szerezni. Néhány év előtt e célból poliklinikai anyagomon assistensem, *Leipniker* válogatás nélkül egymásután következő 1000 beteget vizsgált meg pontosan és ezek közül 170-en lehetett a syphilis megállapítani, azaz 17%-ban. A férfiak és nők között úgy oszlott meg a betegség, hogy a férfiak 20%-a, a nőknek csak 14%-a volt syphilitikus. Körülbelül ez lehet tehát a budapesti szegénysorsú felnőttek között a syphilitikus fertőzöttség. A kapott szám nem túl nagy, jól tudjuk, hogy a külföldnek sok metropolisában még nagyobb számot, 20—25, sőt 30%-ot is állapítottak meg. A syphilis okozta morbiditas szempontjából azután óriási jelentőségű annak a felismerése, hogy tévedés volt azon régebbi felvétel, hogy ezen emberek nagy részében latens a lues. Minél jobban tanuljuk megismerni a syphilis belorvosi megnyilvánulásait, annál kevesebb esetben állapítjuk meg a latens lues kórjelzését és ezzel szemben annál több esetben ismerjük fel azt, hogy az esetek nagyobb számában jelentős activ syphilitikus betegségről van szó. Micsoda betegségben szenvednek hát ezek tulajdonképpen? A helyett, hogy e betegségeket felsorolnám, bemutatok itt két statistikát, a *Gürichét* és *Langerét*, mely nagy német közkórházak 20 évi sectiós anyagán foglalkozik a syphilitikus betegség gyakoriságával és a különböző szervek közötti eloszlódásával.

Gürich 23.179 boncolásából 806 esetben volt syphilitikus stigma.

	Aorta	Máj	Levegőutak	Idegrendszer
nő	78.1	15.2	6.02	16.42
férfi	86.5	3.7	0.5	23.5

Langer 23.015 boncolásából 1268 esetben volt syphilitikus stigma.

Aorta	Máj	Vese	Tüdő	Csont	Genitália
58%	11%	2.6%	5%	3.8%	2.4%

Mint látjuk, a syphilis tüneteit feltüntető hullákon leggyakrabban az aortitis mutatható ki, utána az idegrendszernek a syphilise, majd a máj, a levegőutak és a vese syphilise. Nem találjuk e táblázatokban pl. a gyomor és bélcsatorna syphilitikus betegségeit, a belső secretió szervek, az izületek, az izomzat syphilisét, pedig klinikai jelentőségük ezeknek is igen nagy. E szervek syphilitikus megbetegedései azonban az ezen statisztikákban szereplő szervekkel szemben összehasonlíthatatlanul ritkábbak és a statisztikában már csak azért sem szerepelhetnek, mert halált csak egészen kivételesen okoznak. Sőt éppen ezeknek a szerveknek a megbetegedése pl. a gyomor syphilisének kapcsán óhajtanék rátérni mindjárt arra is és hangsúlyozni akarnám, hogy kétségtelen ma már sokan nagyon is túlzásba mennek abban, hogy minden belorvosi esetben általánosítanak és kellő kritika nélkül a syphilisnek tulajdonítanak kóroki jelentőséget. Ha pl. egyes közleményekben azt olvassuk, hogy a kerek gyomorfekély 10%-a syphilitikus eredetű, ha olyan közleményt olvasunk, amelyben egy szerző 89 gyomorsyphilitikus esetről számol be, úgy nyilvánvalóan durva diagnostikai tévedésről lehet csak szó. Nem minden gyomorfekélyben szenvedőnek betegsége, akinek valamikor syphilise volt, vagy akinek vizsgálata pozitív Wassermann-reactiót ad, syphilitikus eredetű. Hiszen természetes dolog, hogy nagyvárosban a gyomorfekélyben szenvedőknek legalább is 10%-a csakúgy syphilitikus, mint a többi lakossága. A vérvizsgálatnak pozitív volta önmagában soha nem bizonyítja azt, hogy adott esetben a kutatott betegség syphilitikus eredetű, éppúgy, mint ahogy a pozitív tuberkulinpróba nem bizonyítja a betegség tuberculosis eredetű voltát. Mindig gondolnunk kell arra, hogy más aetiologiájú betegségről is lehet szó in individuo syphilitico. Magam vagyok az, ki e helyen a legkomolyabban hívom fel a figyelmet a belső szervek syphilitikus betegségeinek gyakoriságára és fontosságára, kötelességemnek tartom azonban mindjárt azt is, hogy hangsúlyozzam, miszerint indokolatlan túlzásoktól azért mindig józanul tartózkodnunk kell.

Ha az itt látható statisztikák képet is adnak arról, hogy syphilitikus tüneteket a boncolások hány százalékában lehet kimutatni és tanulságosak is, hogy a syphilitikus megbetegedés a különböző szervek között hogy oszlik el, nem világosítanak fel arról, ami minket pedig elsősorban érdekel, hogy mennyire veszedelmesek e bajok és hogy a syphilis ez esetek közül hányban szerepel mint halálok. Már első pillanatra is nyilvánvaló, hogy nem minden hullában, mely syphilitikus tüneteket tüntetett fel, volt egyszersmind a syphilis a halál oka.

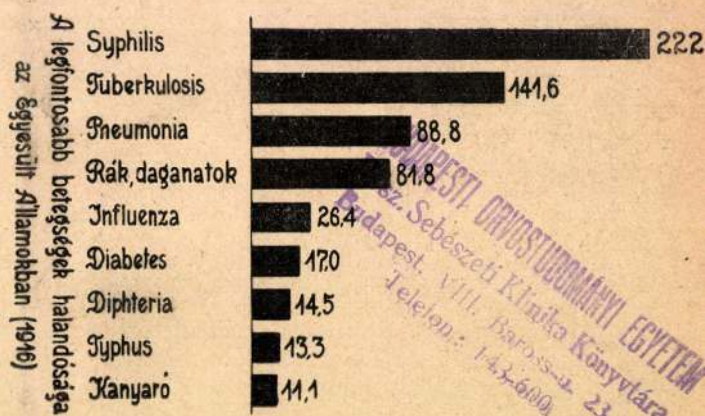
És ezzel rátérek egy igen nagy fontosságú fejezet tárgyalására, a *syphilis mortalitásának* kérdésére. A hivatalos halálozási statisztikák syphilis-rovata mindenütt a világon felette csekély számot tüntet fel, oly csekélységet, hogy első pillanatra látszik annak teljes irreális volta. Minden e kérdéssel foglalkozó szakember érezte, hogy a valóságban a syphilis mortalitása ennél összehasonlíthatatlanul nagyobb. Mindenféle észlelést és számítást végeztek ezirányban, azonban csak megközelítő képet is meglehetősen nehéz volt kapni. Azt hiszem legtovább jutott e kérdés tanulmányozásában a francia *Leredde*, akinek ezirányú gondos statisztikai tanulmányát azután szinte világszerte elfogadták. *Leredde* számításai szerint a syphilis a hivatalos halálozási statisztikai rovatai közül mint halálok a következő esetekben szerepel: a szervi szívbajok $\frac{1}{3}$ -ában, illetve $\frac{2}{5}$ -ében, az angina pectoris $\frac{3}{4}$ -ében, májzsugorodás és idült vesebaj $\frac{1}{5}$ -ében, aneurysma, aortitis és az érbajok $\frac{1}{2}$ -ében, agyvérzés, kikutatható anamnesis nélküli agylágyulás és nem tabeszes gerincevelőbaj $\frac{1}{3}$ -ában, enkephalitis, nem gümőkóros agy-

hártyagyulladás és epilepsia $\frac{1}{10}$ -ében, nem tuberculosisos csontbaj, heveny vesegyulladás és meghatározhatatlan kórokú hirtelen halál $\frac{1}{10}$ -ében. Itt mutatom be *Dorosnak* azon *Leredde* számításai szerint összeállított statisztikáját, amely a mai Magyarország halálozásait, illetve az ily módon kiszámított syphilitikus halálozásokat mutatja be.

A mai Magyarországon 8,103.501 lakosból évente (több év középértéke) 169.245 a halálesetek száma.

Syphilis	Tabes	Májzsugorodás	Bright-kór	Szervi szívbaj	Agyguta	Elmebaj	Meningitis	Csontbajok	Akut vesebaj
435	533	237 1/5 46	1035 1/5 204	9906 2/5 3962	5110 1/3 1074	1621 1/3 540	1358 1/10 236	282 1/10 28	1984 1/10 199

E számítás szerint Magyarországon az utolsó években syphilisben átlag 8000 ember halt meg évente, ezek közül az eseteknek a fele, tehát 4000 ember aortitisben. Az összes halálozásból Magyarországon 4.7% esik a syphilisre. A nagyvárosi halálozási statisztikákon végzett számítások alapján a syphilis-okozta halálozás aránya ennél mindenütt nagyobb. Így *Leredde* Párizsban az összhála-lozás 7%-ára, *Bayet* Brüsszelben 11%-ára Budapestén *Doros* 8—9%-ára teszi a syphilishalálozást. Nagy lakosságú államokban a syphilis-halálozás ily módon óriási számokra rug. Így Franciaországban *Leredde* 80.000-re becsüli az évente syphilisben meghaltak számát. az Egyesült Államokban 60.000, ami annyit jelent, hogy a tuberculosis szempontjából aránylag jó mortalitású államokban a syphilis-halálozás nagyobb lehet, mint a tüdőtuberculosisé. Rendkívül érdekes e szempontból a következő táblázat, amelyet *Haustein* könyvéből vettem.



Még egyszer felvetem a kérdést, hogy milyen betegségben hal meg tulajdonképpen a syphilitikus ember? Mely syphilitikus elváltozás adja meg tulajdonképpen a syphilis veszedelmességét? *Voltaképpen 2 betegség teszi ki a syphilitikus halálozás túlnyomó részét, az aortitis és a paralysis.* Meghal a syphilitikus ember májsyphilisben, más idegrendszeri syphilisben, malignus vesesclerosisban stb. is, de a *legfontosabb syphilitikus halálok mégis csak az aortitis és a paralysis,* elsősorban pedig az aortitis, amely mint a magyarországi halálozási statisztikai tábla is jól demonstrálja, kb. annyi, más statisztikákban még több, áldozatot követel, mint a többi összes syphilitikus betegségek, beleértve a paralysist is. *Az aortitis syphilitica tehát a legfontosabb belorvosi syphilitikus betegség.* Ez az a baj, amelynek elsősorban van szerepe abban, hogy a syphilist belorvosi betegségnek kell tartanunk, az a baj, amely legfőképpen oka annak, hogy a syphilist a pusztító népbetegségek közé kell sorolnunk. Az aortitist 20 év előtt még alig ismertük, ma tudjuk róla, hogy egyike a legfontosabb belorvosi betegségnek, hogy az aorta aneurismájá-

nak kivétel nélkül ez az oka, hogy az angina pectoris esetek felében, talán $\frac{3}{4}$ -ében ez szerepel mint kórok és hogy elrettentően szomorú betegség azért, mert legértékesebb korokban, átlag 40 és 55 életév között pusztítja el áldozatait.

Nem célozom, hogy az aortitis syphilitica klinikumával itt részletesen foglalkozzam. Annál könnyebben mondhatok le erről, mert consiliariusi praxisomban gyakran volt alkalmam meggyőződni róla, hogy az aortitist a gyakorló orvosok túlnyomó része ma már jól ismeri és mindjárt hozzáteszem, jól kezeli is. Az aortitis klinikumának 1—2 fontosabb kérdésével mégis óhajtanék foglalkozni. A kérdés az, hogy meg tudjuk-e legalább megközelítőleg állapítani, hogy a *syphilitikus emberek közül tulajdonképpen hányan betegszenek meg aortitisben és hány syphilitikus esik e betegségnek áldozatul?* E kérdésre különböző szerzők különböző számokkal felelnek, amelyek egymástól igen-igen különböznek. Van szerző, aki csak egész kis számot mond, más 30—40%-ra teszi az aortitisben megbetegedett syphilitikusok számát. Megpróbáltam e kérdésre magam is feleletet kapni és e célra igyekeztem a már említett *Gürich*-nek és *Langer*-nek oly nagy boncolási anyagon nyert statisztikai adatait felhasználni. Jogos az a felvétel, hogy e statisztikák alapjául szolgáló halottak közül kb. éppannyi lehetett a syphilitikus, mint amennyit a statisztikai számítás az illető város, tehát Hamburg, illetve Berlin felnőtt lakosságára vonatkozólag megállapított. Ha ezt kb. csak 20%-ra veszem, akkor azt kell mondanom, hogy *Gürich* 23.000 boncolt esetéből 4600 volt a luesek száma. Mivel *Gürich* statisztikája szerint ezek közül 86.7%-nak volt aortitise, könnyen ki lehet számítani, hogy ezek szerint statisztikája anyagában minden 6. syphilitikus emberen fejlődött ki az aortitis. *Számításom szerint a syphilitikusok ben körülbelül 15%-ban fejlődik ki az aortitis.*

Jól tudom, hogy e hozzávetés nagyon is primitív, mégis valószínűnek kell tartanom, hogy az eredmény helyes, mert a mindenféle más módon nyert statisztikák legtöbbszörrel ez megegyezik. Természetesen más kérdés az, hogy az aortitisben szenvedők közül hány hal meg betegségében? Nagyszámú különböző országokból származó kórbonctani statisztika szerint az aortitis csak az aortitisben szenvedők felében okozza közvetlenül a halált, úgyhogy megközelítőleg a syphilitikusok 5—7%-a hal meg aortitis folytán. Elrettentő számadatok ezek! Tudjuk, hogy a syphilis mily gyakori, említettem, hogy kivált nagy városokban mily nagy a lakosság syphilissel fertőzöttsége. Látjuk, hogy ezek közül hányan pusztulnak el aortitisben, érthető tehát, miért hangsúlyoztam már eddig is előadásomban, hogy elsősorban az aortitis az a betegség, mely a syphilitist veszedelmessé teszi és hogy ily módon, s ezt fontossága miatt megegyezően ismétlem, az aortitis főbenjáróan az az elváltozás, amely miatt a syphilitist belorvosi betegségnek kell mondanunk.

Egyik további kérdés, mellyel még külön szeretnék foglalkozni az, hogy *gyakoribb-e ma az aortitis, mint régen?* Kétségtelen, hogy az aortitis kórjelzését ma összehasonlíthatatlanul gyakrabban állapítjuk meg, mint 10 év előtt és még sokkal inkább, mint 20 év előtt. Az utolsó évek aortitis-irodalma rendkívül sokat foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy mi az oka voltaképpen annak, hogy ma az aortitist úgy a kórboncnok, mint a klinikus annyival gyakrabban állapítja meg, mint előbb. Mindenekelőtt arra kell gondolnunk, hogy úgy a kórboncnok, mint a klinikus ma jobban ismeri ezt a betegséget és éppen ezért könnyebben és biztosabban állapítja meg az aortitis kórjelzését ma, mint régente. Én magam ebben, tehát a tökéletesebb kórjelzésben látom a főokát

annak, hogy ma annyival gyakrabban állapítjuk meg az aortitis kórjelzését, mint régen. Elismerem azonban magam is, hogy tisztán a kórjelzés tökéletesebb volta nem szerepelhet, mint ok és hogy az aortitis ma mindennek szerint gyakrabban is fordul elő, mint régente. Számszerűen ezt abszolút biztonsággal persze megállapítani nem lehet, mert hiszen ezt csak akkor volna módunkban megtenni, ha tudnók azt, hogy a syphilitikusok közül régente hány ember kapott aortitist és hány kap ma. Már pedig láttuk azt, hogy még a második kérdésre is csak megközelítő módon tudunk válaszolni. De feltéve azt, aminek az elmondottak szerint nagy a valószínűsége, hogy az aortitis ma tényleg gyakrabban fordul elő, mint régente, kérdés, mi lehet a syphilis ily módon megváltozásának az oka?

Sok kiváló szerző pl. *Willmanns*, *Steiner*, stb. a syphilis e megváltozását a syphilis erősebbé vált kezelésének, elsősorban pedig a salvarsankezelésnek tulajdonítja. Ez a nézete e kérdés egyik kiváló szakértőjének, *Schlesinger*-nek, amint az több kiváló monographiájából világos. E szerzők szerint az utolsó évtizedek erősebb syphilitikus kezelése, nevezetesen a salvarsankezelés nem irtja ki egészen a spirochaetákat, de megzavarja, rontja a szervezet immunizáló törekvését. Ebben az immunizálásban a bőrnek magának is jelentős a szerepe és ez a csökkent immunitás az oka annak, hogy a belső szervek, elsősorban az aorta és az idegrendszer, gyakrabban betegszenek meg, mint régente. Támogatja, illetve támogatja ez álláspont híveinek felvételét az a régebbi megfigyelés, hogy a primitív népek nem kezelt syphilis-anyagán sokkal ritkább az aortitis és paralysis, mint a culturemberek syphilitikusában. Ezt a sokáig vallott tant azonban megcáfolta az 1928-as német-orosz expedíció, amely nagy felkészültséggel éppen ennek megállapítása céljából vizsgálta a burjatok syphilisét, akik e betegség ellen soha semmiféle kezelésben nem részesülnek. Az expedíció egészen pontos vizsgálatai kimutatták azt, hogy ezeken az aortitis és a paralysis megközelítőleg éppen olyan gyakori, mint az európai népeken.

Ezzel voltaképp meg is dőlt azoknak a legerősebb érve, akik a syphilis képének megváltozását az erősebb kezelésnek tulajdonították. Ami a saját állásfoglalásomat illeti, én egyáltalában nem látom beigazolttnak azt, hogy az aortitisnek mai gyakoribb kimutathatóságát a syphilis erősebb kezelése, elsősorban pedig a salvarsankezelés okozza, amely álláspontra helyezkedett különben a német dermatológusok nagygyűlése is a múlt évek egyikén. Poliklinikai anyagomon állandóan több száz aortitisben beteg van megfigyelés alatt, ezekre vonatkozólag assistensem, *Lazarovits* mutatta ki, hogy a betegek 60%-a soha semmiféle kezelésben nem részesült. Nem látom tisztázottnak az aortitis gyakoribbá válásának okát még magam sem, de nagy jelentőséget tulajdonítok annak, hogy az elmúlt 2 évtized oly idő volt és a jelen még ma is olyan, amelyben az aortitist elősegítő conditionális tényezők nagyon is érvényre jutnak. Ily ok volt az évekig tartó világháború, rettentő testi megerőltetéssel, lelki izgalmaival, ilyen ok volt a háború utáni idők bizonytalansága, gazdasági depressiója, az ezzel együtt járó nikotin- és alkohol-abusus.

Addig azonban, amíg csak megközelítőleg is beigazolván nincs, hogy az aortitis gyakoribbá válásában a salvarsankezelésnek szerepe van, nem tartanám célszerűnek a salvarsankezelés ilyen irányú káros hatásának tulságos hangsúlyozását, sőt ezt egyenesen károsnak tartom, mert ez a nézet a gyakorló orvost könnyen eltérítené a korai syphilisnek salvarsanos és intenzív kezelésétől és megingathatná abban az elhatározásában, hogy az aortitist is salvarsannal kezelje. Pedig ezt az

orvosságot az aortitis leghatásosabb ellenszerének kell ma tartanunk.

Nem célozom a syphilis-okozta belső betegségek prophylaxisával és terapiájával foglalkozni. Jól tudja azt mindegyikünk, hogy a belorvosi syphilitikus betegségek szinte valamennyiét erőyes combinált syphilitikus kúrákkal, legtöbbször jól sikerül befolyásolni sokszor teljesen meg is gyógyítani. Nem mulaszthatom el azonban mégsem azt, hogy a betegségeknek eddig vázolt óriási jelentősége miatt e betegségek, elsősorban az aortitis, prophylaxisáról legalább néhány szót ne mondjak.

Elszomorodott szívvel kell megállapítanom azt, hogy syphilitikus betegek egy részében az aortitis kifejlődését ezideig a multnak semminemű kezelése meggátolni nem tudta. Kétségtelen, hogy salvarsannal kezeltékben is kifejlődött az aortitis, s így e pontban a salvarsan is nagy csalódást hozott. Semmi okunk sincs tehát arra, hogy a késői belorvosi betegségek szempontjából a syphilis eddigi kezelésével megelégedettek legyünk, sőt ellenkezőleg nagyon is hangsúlyoznunk kell nekünk belorvosoknak azt, hogy a multnak eddigi minden syphilis elleni kezelését a belorvosi betegségek megelőzése szempontjából nagyon is hiányosnak és elégtelennek kell mondanunk.

Mi tehát mégis a teendőnk? Addig is, amíg a syphilis leküzdésére a mostaniaknál még hatásosabb gyógyszerekkel és módszerekkel nem rendelkezünk majd, azt kell mondanom, hogy a syphilitikus belső betegségek és elsősorban az aortitis megelőzése szempontjából ma *legtöbbet várok az abortív kezeléstől*, amelyet a syphilidologusoknak legnagyobb része is ma leghelyesebbnek tart és ez a *syphilisnek a primaer seronegativ stadiumban oly intensiv combinált kezelése, hogy positiv Wassermann-reactio ne is fejlődjen ki és másodlagos tünetek ne is mutakozzanak*. Természetes, hogy ez esetben a syphilis biztos körjelzését elsősorban a sankerből vett savó positiv spirochaeta-lelete adja meg. Ettől várok az aortitis megelőzése szempontjából a legtöbbet. Hogy ez irányú optimismusom jogosult-e, azt persze csak a jövő fogja megmutatni, de mai tudásunk alapján ezt kell a legtöbbet ígérő eljárásnak tartanom és hogy erről e helyen egyáltalában szólok, annak oka az, hogy ily módon az aortitis prophylaxisában a beteg syphilisét legelőször látó gyakorló orvosnak jut a legnagyobb feladat.

Ha ezt a kezelést nem tudnók alkalmazni, mert a beteg már későn, a primaer seropositiv stadiumban vagy még később jelentkezett, vagy mert mégsem tudtuk meggátolni a vér-Wassermannnak positivvá válását vagy a másodlagos tünetek kifejlődését, akkor igenis *végezzük a syphilis combinált kezelést* erőyesen, komolyan, figyelemmel mindjárt kezdetben a beteget arra, hogy a kezelés elhanyagolásával késői, igen nagy veszedelmeknek teszi ki magát. Végezzünk az első 2 évben 5—6 erőyes kúrát. Ne aprózzuk el a salvarsankezelést, mert hanyagul, felületesen, egészen kis adag salvarsannal végzett kezelés talán még rosszabb, minthogyha egyáltalában semmi kezelést nem kapott volna a beteg. Adjunk minden kúrába 4—5—6 gr. salvarsant. Combináljunk a salvarsankezelést felváltva kénésóval és bismutttal. És ami nagyon fontos, *fordítsunk kezdettől fogva nagy súlyt az általános hygienére, amelyet a syphilis-kezelésben ezideig nagyon elhanyagoltak*, de melynek fontosságát ma mind többen és többen hangsúlyozzák. Meggyőződésem, hogy ha a kezelést ily módon vesszük keresztül, akkor 15—20 esztendő múlva a syphilis-okozta morbiditas és mortalitas nem lesz oly szörnyű, mint ahogy ezt a mai időre vonatkozóan demonstrálni voltam kénytelen.

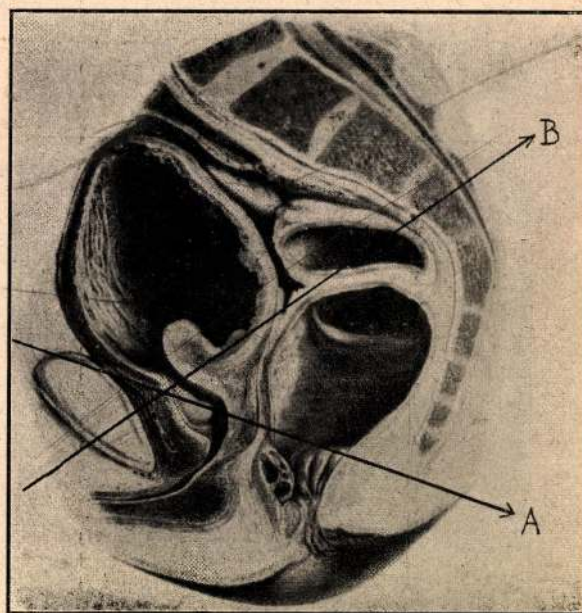
EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Charité Poliklinika röntgenintézetének közleménye (főorvos: Bársony Tivadar).

Új eljárás a húgyhólyag röntgenvizsgálatára.

Irták: Bársony Tivadar dr. és Koppenstein Ernő dr.

A contrastanyaggal kitöltött húgyhólyagot legtöbbször nyílirányban röntgenezzük: a beteg a hátán fekszik, a röntgencső fősugarát vagy merőlegesen, vagy a röntgenycsővet ferdítve, ferdén irányítjuk a betegre cranio-caudalisan vagy caudo-cranialisan. Sgalitzer a contrastanyaggal kitöltött hólyag röntgenvizsgálatára egy nagyfokban cranioexcentrikus (cranio-caudalis) sugárirányú vizsgálatot ajánlott, melyet tengelyirányú (axialis) hólyag felvételnek nevezett el. Mi egy oly új hólyagvizsgálati eljárást óhajtunk ismertetni, amely egy nagyfokban caudoexcentrikus (caudo-cranialis) vetületnek felel meg, Sgalitzer felvételi eljárása a régebben gyakran használatos cranio caudalis felvételek továbbfejlesztését jelentette. A mi eljárásunk az eddig ritkán használt caudo-cranialis sugárirányú vizsgálati sugárirány továbbfejlesztésének felel meg.

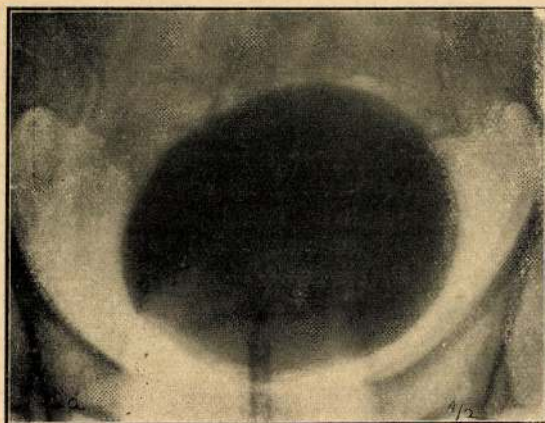


1. ábra.

Férfimédenca nyílirányú keresztmetszete (Tandler—Zuckerkandl után) A = sugárirány a szokásos hólyagfelvételnél, B = eljárásunknál használt sugárirány.

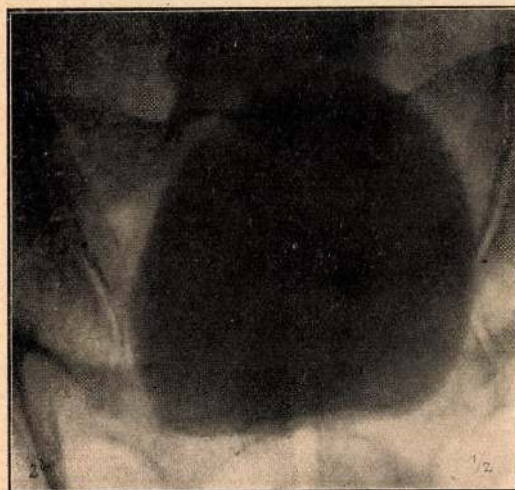
Azokban a kísérletekben, melyeket a lumbo-sacroiliacalis tájék tökéletesebb röntgenológiai ábrázolása céljából végeztünk, merült fel a gondolatunk, hogy az ott alkalmasnak bizonyult felvételi technikát a contrastanyaggal telt hólyag vizsgálatában is felhasználhatjuk. A sacrum helyesebb ábrázolására irányuló kísérleteinkben az volt a feladatunk, hogy e tájék jelentékeny görbületét lehetőség szerint kiegyenlítsük, illetőleg, hogy a görbület-okozta torzkép helyett jól analizálható képet nyerjünk. Ezt Bársony módszere szerint úgy érjük el, hogy a beteg alsó végtagjait csípőben és térdben erősen behajlítottuk, szétterpesztjük és ezenkívül a röntgenlámpát caudal felé tolva, 30°-kal döntjük olyképen, hogy a fősugár caudo-cranialis irányban haladjon (I. felv. typus.) A Samuel-

féle felvételi technikában, mely technika szintén a fentemlített célt szolgálja, a beteg mindkét kezével a megfelelő oldali alszárát a térd alatt megfogja és a csípőben és térdekben meghajlított és széjjelterpesztett végtagokat erősen a testhez húzza; a fősugar merőlegesen halad (II. felv. típus.) A hólyagfenék ábrázolására mindkét beállítás mellett a kettő kombinációját is alkalmaztuk olyképen, hogy a végtagokat *Samuel* szerint a testhez húztuk és a fősugarat caudo-cranialis irányban kb. 20°-kal döntjük (III. felv. típus.).



2a. ábra.

(1. eset.) Contrastanyaggal kitöltött hólyag normalfelvétele. Kerekded alak. Végbélgáz részben a hólyagba vetítve.



2b. ábra.

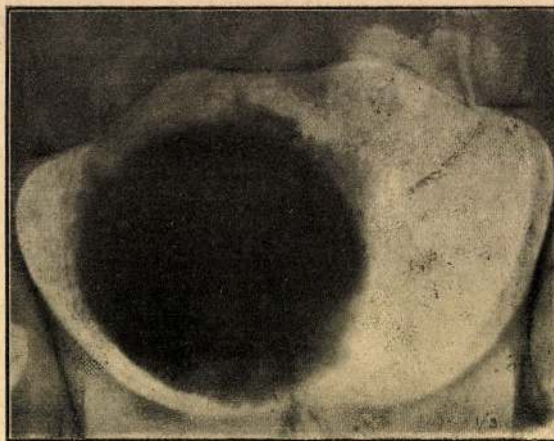
Ugyanez az eset. III. típusú felvétel, püspöksüvegalakú hólyag, hólyagfenék lapos. Végbélgáz közvetlenül a hólyag alá, symphysis a hólyag alsó részébe vetítve.

Eljárásunk, — mint már említettük, — lényegében a caudal felől excentrikus (caudo-cranialis) sugárirányú nyu vizsgálat tovább építése, gyakorlati eredményei azonban sokkal kielégítőbbek, mint az eddig használatos caudo-cranialis beállításban. Egyelőre mindhárom imént leírt típust alkalmazzuk, további tapasztalatok fogják eldönteni, hogy melyik bizonyul legalkalmasabbnak.

Az eljárásunkban használatos új sugárirányt az 1. számú ábra mutatja (b). Látjuk, hogy ebben a beállításban a hólyag fenekét tangenciálisan találjuk.

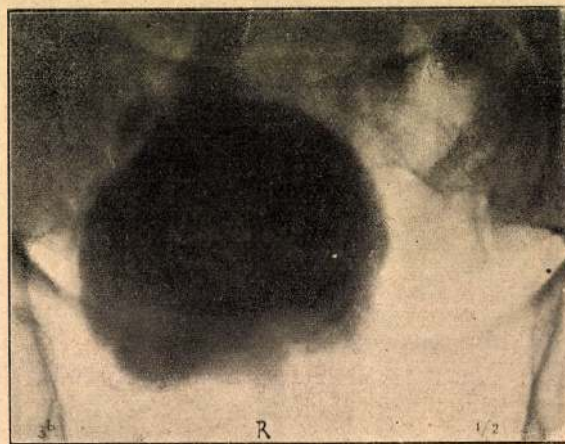
Eljárásunk kilinikai jelentőségével nem karunk e helyen részletesen foglalkozni, csak hangsúlyozni óhajtjuk, hogy a prostata és a hólyagfenék röntgen diagnostikájának továbbépítését teszi lehetővé, tehát a hólyag röntgen-

diagnostikájában fejlődést jelent. Az elmondottakból három esettel óhajtunk röviden demonstrálni.



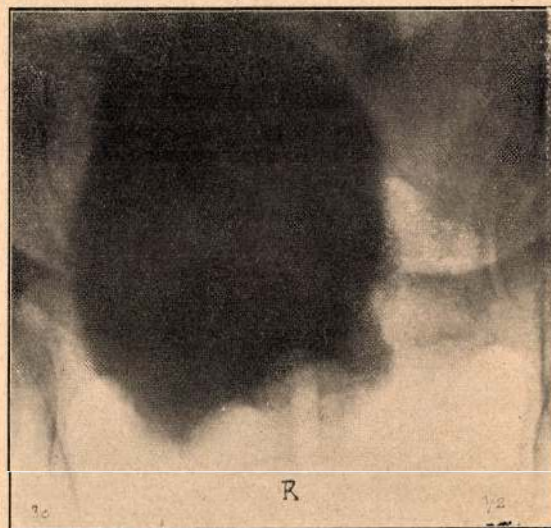
3a. ábra.

(2. eset.) Normalfelvétel. Kerek alak, számos apró diverticulummal. Végbélgáz részben a hólyagba vetítve.



3b. ábra.

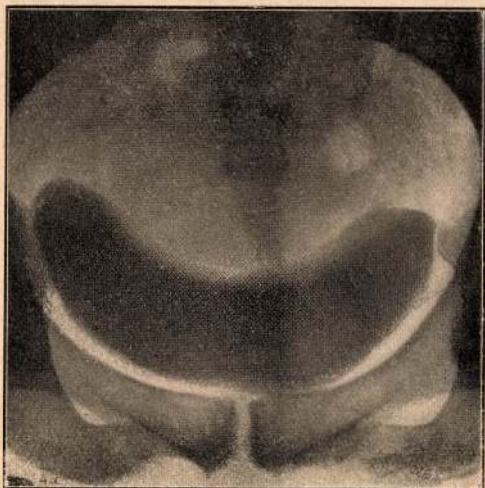
Ugyanez az esete, II: típusú felvétel. Végbélgáz egy ujjal a hólyag alatt. A hólyagfenéken kettősívű félárnyéktól fedett árnyékkiesés (prostatahypertophia). Jobb oldalt fenn diverticulum. Symphysis a hólyag alsó részébe vetítve. (R = Végbél.)



3c. ábra.

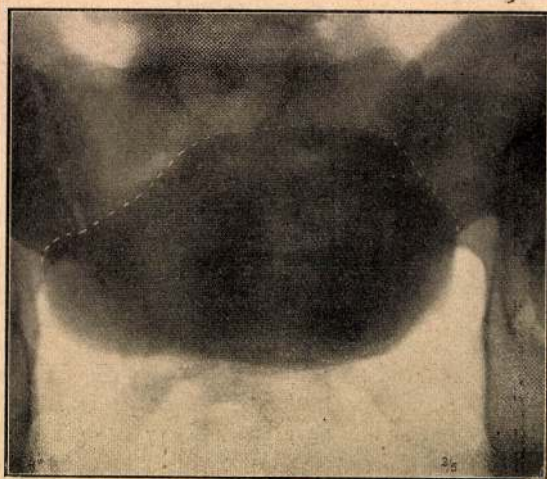
Ugyanez az eset, I: típusú felvétel. Hólyag püspöksüvegalakú, fenéken kettősívű árnyékkiesés (prostatahypertophia). A hólyag basisán körkörös behúzóadás. Baloldalt lenn és jobboldalt fenn 1—1 diverticulum. Symphysis a hólyag alsó részébe vetítve. (R = Végbél.)

1. eset. A hólyagot 160 gr. vízzel hígított 30 gr. Renumbrallal*) töltöttük ki. A nyílrányú, merőleges sugárral készült felvételen (2a. ábra) a hólyagárnyék kissé harántul ovalis, a részben gázzal telt végbél árnyéka belevetítődött. Az erősen testhez húzott végtagokkal és 20° caudo-cranialis döntéssel készült (III. típus. 2b. ábra.) felvételen a hólyag püspöksüveg alakú, a hólyagfenék lapos. A végbél gázárnyéka a hólyagárnyékon kívül, közvetlenül alatta látszik.



4a. ábra.

(3. eset:) Normalfelvétel. Cranial felé concav sarlóalakú hólyagárnyék.



4b. ábra.

Ugyanaz az eset, III. típusú felvétel: A caudo-cranialisan ábrázolt hólyag harántul ovalis alakú. Symphysis a hólyagba vetítve.

2. eset. A hólyagot 160 gr vízzel hígított 30 gr Renumbrallal töltöttük ki. Az egyszerű ventrodorsalis felvételen (3. a. ábra.) a hólyagárnyék kerek, contourját számos kis diverticulum teszi egyenetlenné. A gázzal telt végbél részben a hólyag vetületébe projiciálódott. Az erősen testhez húzott végtagokkal és merőleges sugárral készült II. típusú felvételen (3b. ábra) a gázzal telt végbél a hólyag alatt fekszik, a hólyagfenéktől kb. ujjnyi széles lágyrészárnyék választja el. A hólyagfenéken kettősívű bedomborodás látható, melyet félárnyék takar. A hólyag jobb oldalán cranialisan mandulányi diverticu-

lum. — A felhúzott végtagokkal és a 30°-os ferdítéssel caudo-cranialisán készített felvételen (I. típus, 3 c. ábra) a hólyag püspöksüveg alakú, a hólyagfenéken kettősívű félárnyéktól csak részben takart árnyékkiesés. Az árnyékkiesés két oldalán a contrastanyaggal telt hólyag ajakszerűen előredomborodik. Baloldalt lenn és jobb oldalt fenn 1—1 diverticulum.

A leírt két esetben a hólyagot retrograd úton, katéteren keresztül töltöttük meg. A következő esetben a hólyag kitöltésére a Renumbrallal intervenás urographiát alkalmaztunk. Az intravenás hólyagtöltésnek sokszor látjuk hasznát, erre vonatkozó tapasztalatainkról más alkalommal fogunk beszámolni.

3. eset. Intravenás urographia Renumbrallal. Az egyszerű felvételen a hólyag cranial felé concav sarlóalakú. A III. típusú felvételen a caudo-cranialis irányban talált hólyag harántirányban ovalis. A nőgyógyászati vizsgálat anteflektált, egészében megnagyobbodott uterust talált.

Összefoglalás. A húgyhólyag röntgenvizsgálatára új eljárást dolgoztunk ki. A részletesen ismertetett eljárás a hólyagfenék és a prostata röntgenvizsgálatának továbbépítését teszi lehetővé.

A Ferenc József Tud.-Egyetem Bőr. és Nemikórtani Klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc ny. r. tanár).

A sülyedéssebességi és labilitási reakciók érzékenysége luesben.

Írta: Rejtő Kálmán dr., tanársegéd.

A súlyos szövetszéteséssel járó megbetegedések a véréfőhéjje colloidjainak egyensúlyi állapotát megbontják. A mai ismereteinket legjobban kifejező cellularis-pathológiai elmélet szerint a pathológiás folyamatokban a véréfőhéjje sejtekből erednek, melyek a szétesés következtében a vérbe jutnak. Egyes szerzők a véréfőhéjje testeket, mások a vörösvértesteket és vérlemezeket jelölik meg a pathológiásan felszaporodó véréfőhéjje forrásaképpen. Herzfeld és Klinger theoriája szerint a sejtplasma szétesésekor kezdetben még mikroszkopikus roncsokat mutat, melyek gyorsan ultramikroszkopikus anyagra hasadnak. Ezen pathológiás sejtfőhéjje további colloidális oszlása már építődés, melynek sorrendje szerintük fibrinogen—globulin—albumin volna. Ezt sorrendet látja immunbiológiai kísérleteiben Doerr és Berger, továbbá Reymann is egész sor olyan folyamatban, hol pathológiás globulin-növekedés figyelhető meg.

A kóros folyamat súlyossága és a sejtszétesés nagysága bizonyos határokig párhuzamosan halad nemcsak a keletkezett véréfőhéjje molekulák mennyiségével, hanem azok nagyságával és így dispersitásuk fokával is. A dispersitás durvulása — a fibrinogen és globulin megnövekedése — még akkor is kifejezője a pathológiás folyamat súlyosságának, midőn a globulin oldal felszaporodása nagyon is relatív a vérsavó összefőhéjje csökkenése miatt.

A savóféfőhéjje dispersitásának ezt a durvulását érzékelteti úgy a labilitási, mint a véréfőhéjjesülyedéssebességi reactio. A véréfőhéjje nagyobb molekulájú véréfőhéjjeinek, a globulinoknak a megszorodása a vérplasma és savó „labilitását” nagy mértékben fokozza és ennek lerögzítésére szolgálnak a különböző labilitási próbák. A véréfőhéjjesülyedési próba is plasmalabilitási reactio annyiban, hogy a plasma savóféfőhéjjeinek koagulálhatóságával gyorsul a vörösvértestek ülepedésének a gyorsasága, mely tehát közvetve a plasma labilitási fokát mutatja meg.

*) Az ílymódon hígított renumbrallal semmi kellemetlenséget nem okoz a betegnek és intenzív árnyéket ad.

A vér- vétel napja	Név és diag- nosis	Súlyedésssebesség 200 mm.					Labilitás	Összfehér- je 1 cm ³ savóban	Az összfehérjére vo- natkoztatott száza- lékban megadva			
		15'	30'	45'	60'	75'			A	B	C	D
1930								mg	‰	‰	‰	‰
IX. 10.	B. E. 20 é. nő. Lues I.	4	13	28	42	52	kissé fokozott	97.6	7	51	23	19
IX. 19.		3	10	17	26	35	" "	94.2	58	34	42	15
IX. 25.		2	5	11	23	35	normalis	104.4	65	51	35	21
IX. 16.	N. M. 20 é. nő. Lues I.	13	47	79	97	107	fokozott	84.6	9	60	19	40
IX. 17.		9	32	65	75	86	kissé fokozott	104.4	3	53	26	18
IX. 10.	D. A. 27 é. nő. Lues II.	7	23	43	56	66	fokozott	110.0	56	29	23	18
IX. 19.		3	12	22	35	46	normalis	89.4	37	35	19	17
X. 13.		5	13	25	39	50	"	95.6	66	24	36	14
IX. 18.	D. R. 19 é. nő. Lues II.	5	42	78	93	100	erősen fokozott	105.2	37	61	25	39
X. 2.		6	52	77	88	99	" "	100.2	22	59	21	20
X. 12.		16	45	70	78	88	normális	99.2	34	24	28	14
IX. 11.	P. M. 19 é. nő. Lues II.	22	57	84	97	105	fokozott	90.2	58	24	24	14
IX. 19.		16	65	88	98	104	kissé fokozott	96.0	62	38	38	
X. 2.		3	22	45	61	79	normalis	94.6	4	50	28	18
X. 9.		8	32	55	70	81	"	98.4	54	33	22	19
IX. 16.		1	14	35	55	67	fokozott	96.0	59	15	22	14
X. 13.	C. E. 24 é. nő. Lues II.	20	47	69	81	88	"	103.0	64	19	18	19
IX. 11.		11	48	70	87	97	kissé fokozott	100.4	63	37	29	17
IX. 19.		17	57	75	88	97	" "	106.6	5	49	29	17
IX. 11.	H. I.-né 31. é. Lues III.	15	50	69	81	96	fokozott	101.2	26	30	23	21
IX. 16.		10	52	75	87	91	"	109.6	56	44	44	
X. 3.		20	60	77	85	91	"	98.8	0	53	24	23
X. 17.		5	40	70	80	87	kissé fokozott	99.8	53	47	25	21
IX. 25.		1	8	38	58	67	kissé fokozott	97.8	25	33	22	20
X. 3.	K. M.-né. 23 é. Lues III.	2	15	27	45	52	alig fokozott	93.4	58	42	42	
X. 9.		10	32	55	66	74	normalis	89.0	7	47	25	21
X. 17.		4	15	40	52	61	"	93.4	54	48	24	17
IX. 26.		15	38	61	76	84	fokozott	100.8	34	23	20	23
X. 3.	P. I. 18 é. nő. Lues III.	6	30	50	71	80	erősen fokozott	101.8	57	20	13	21
X. 9.		7	20	35	52	65	kissé fokozott	94.8	36	20	13	21
X. 17.		10	28	66	77	87	fokozott	97.8	56	37	26	18
IX. 23.		5	25	50	73	81	kissé fokozott	91.0	19	56	44	
X. 3.	U. L.-né. 44 é. Lues II.	7	35	51	70	77	fokozott	98.8	8	49	26	17
X. 9.		9	37	62	75	85	"	103.8	57	18	20	20
X. 17.		10	32	56	66	75	kissé fokozott	104.6	42	17	19	20
IX. 10.		11	42	75	91	98	erősen fokozott	109.8	60	17	39	13
IX. 19.	B. P. 20 é. nő. Lues latens	9	46	70	85	95	igen erősen fokozott	100.8	61	27	40	
X. 2.		3	22	45	58	73	erősen fokozott	108.2	59	25	41	16
									4	46	26	24
									50	35	29	17
									54	30	32	14
									54		46	

A vér- vétel napja	Név és diag- nózis	Süllyedéssebesség 200 mm.					Labilitás	Összfehér- je 1 cm ³ savóban mg	Az összfehérjére vo- natkoztatott száza- lékban megadva			
		15'	30'	45'	60'	75'			A o/o	B o/o	C o/o	D o/o
1930												
IX. 10.	H. M. 26 é. nő. Lues latens	13	37	62	75	85	kissé fokozott	94.4	6	51	25	18
IX. 25.		1	10	32	53	65	normális	89.8	57	22	43	14
IX. 11.	K. R. 21 é. nő. Lues latens	7	32	55	72	83	erősen fokozott	95.8	59		27	41
IX. 19.		10	28	44	57	68	fokozott	101.4	1	52	26	21
IX. 25.		1	2	25	55	65	kissé fokozott	101.4	53	36	47	21
									20	56	44	21
									28	24	29	19
									52		48	

A fenti cellularis-pathologiai felfogásból következik, hogy valahányszor a szervezetet valamely általános tünetekben jelentkező károsodás éri, mindannyiszor jelentkezik a fehérjekép eltolódása és ezért sem ezek a reakciók, sem a fehérje-quotiens nem lehetnek eléggé specifikusak. Erre nézve az eddig elvégzett számtalan vizsgálat eleendő bizonyítékot nyújt.

Kevesen törekedtek azonban arra, hogy megvizsgálják ezen reakciók érzékenységi határát, mely nem érinti a fajlagosság kérdését. Célunk éppen annak megállapítása, hogy a süllyedéssebességi és labilitási reactio akkora érzékenységgel mutatja-e meg a kóros állapotváltozást, mint a componentekre bontott fehérjekép? Továbbá, hogy megállapítható-e valamelyes összefüggés ezen reakciók kifejezett vagy kevésbé kifejezett volta és egyik vagy másik fehérjefractio növekedése, illetve csökkenése között. A részletes fehérjeképhez — mint alaphoz — történő összehasonlítás egyúttal megmutatja ezen reakciók érzékenységi határát is.

A vérsavó colloidjainak behatóbb megismerését *Darányi* legújabb gravimetriás quantitativ eljárása teszi lehetővé. Az eljárás négy fractiót határoz meg az összfehérjén kívül. A legfinomabb dispersitású az ú. n. stabil albumin (A), melyet úgy kapunk meg, ha a teljes telítésű ammoniumsulfat oldattal leváló összfehérjéből a 60%-ig telített oldattal leválatott fehérjerészt levonjuk. Dispersitásuk durvuló sorrendjében következnek ezután a 60—46%-os telítés között leváló labil albumin (B), a 46—36% között lecsapódó stabil globulin (C), végül a 36%-os telítésnél kapott labil globulin (D). Az egyes fractiókat nemcsak milligrammokban megadva találjuk, hanem *relatív fehérjeképben* is, mely az egyes fractióknak az összfehérjéhez viszonyított százalékos megoszlását mutatja.

A süllyedéssebességi reactiót *Westergreen* előírása szerint, a labilitási reactiót *Darányi* szerint végeztem el. A vérvétel az egyes meghatározásoknál mindig azonos körülmények között történt, a vért éhgyomorral véve és vérvétel után 2 órára thermostatba, 2 órára jégszekrénybe állítva. A vérsavók letételékor pedig a leggondosabban ügyeltem s a legcsekélyebb mértékben haemolyzált vagy lipaemiás savót nem használtam fel.

A *Darányi*-féle részletes fehérjekép azt a fontos megállapítást teszi lehetővé, mely az eredmények további értékelésére befolyással lesz, hogy ha a szervezetben lejátszóó pathologiás folyamatok fokára, rosszabbodó vagy javuló voltára akarunk következtetni, akkor nem szabad egyoldalúan, csupán a megnövekedett globulin részt tekintenünk, hanem a részeire bontott albumin oldalt is be kell vennünk az értékelésbe, mivel ez el nem hanyagolható, fontos útbaigazítást nyújt.

Ha a részletes fehérjeképpel összehasonlítjuk a felvett két eljárást, akkor azt látjuk, hogy 1. a labilitási reactio inkább fedi a relatív fehérjekép által jelzett folyamatot, mint a süllyedéssebességi.

Ez a megállapítás egyúttal a rectio helyes theoretikus megalapozottságát is mutatja, de nem abban az értelemben, hogy a fibrinogen, illetve a labil globulin (fibrinoglobulin) vinné benne a kizárólagos szerepet. Mert egész sor savófehérjekép analysisében látjuk, hogy a legnagyobb dispersitású labil globulinnak — a jelzett esetekben — vagy egyáltalában nincsen, vagy csak igen kevés szerepe van a labilitás reactióban. Még akkor is, midőn a legalsó fractio (D) nemcsak az összfehérjére vonatkoztatott százalékban, hanem mg-ban véve is a fehérjeképben kis mennyiségben szerepel, igen pregnansan kifejezett (erősen fokozott) reactiót kapunk.

A labilitási reactio, továbbá 2. sokkal egyenletesebben követi a fehérjekép eltolódásait, mint a vér stabilitási reactiója.

A meghatározások során ugyanazon betegről többször is vettünk vért. A vizsgálatra került betegek több kategóriába oszthatók. Egy részük még kezdetlen állapotban volt, mások az előző kúra utáni pihenési szak végén voltak és új kúrát kezdenek vagy kúra alatt állanak. Mindezeknél megállapítható — mint azt *Bircher* és *Mac Farland* is észlelték, — hogy a kúra előrehaladásával az eltolódott fehérjekép gyorsan közeledik a normalis felé és csakhamar újra normalis is lesz. A fehérjeképnek ez a fokozatos és állandó javulása a labilitási reactióban is kifejezésre jut, mely igen egyenletesen reagál a fehérjefractiók dispersitás finomulására. Ezzel szemben a süllyedéssebességi reactio nemcsak, hogy nem követi annyira párhuzamosan a fehérjekép alakulását, hanem igen sokszor el is tér attól.

Azok az ingadozások, melyek a gyorsulás nagyságában jelentkeznek a süllyedéssebességi reactióban nem magyarázhatók meg a feltárt fehérjeviszonyokkal. Eppen ezért a reactio érzékenységét a fehérjefractiót véve alapul nem tudjuk megállapítani. A vérséjsüllyedési reactio gyorsulásában észlelt ingadozások sem az összglobulin vagy annak valamelyik fractiója, sem pedig az albumin és albuminfractiókkal nem hozható közelebbi vonatkozásba. Pedig ez az eredmény azért sem volt várható, mivel a plasmafehérje colloidjainak alakulása kétségtelenül szerepet játszik a reactióban. Ugyanis a süllyedéssebesség intenzitását befolyásoló két factor — a plasmastabilitás és erythrocyta szám közül — az elsőnek jut fontosabb szerep és továbbá a vérséjszám nemcsak akkor nem befolyásolja a reactiót, ha normalis, hanem akkor sem, ha csökken.

Fel kell tehát tételeznünk, hogy a vörösvértestcskék gyorsult süllyedését pathologiás folyamatokban nemcsak a *Fähreus* theoriája szerinti megnövekedett globulin és ennek az erythrocytára tapadása okozza, hanem bizonyára más — valószínűleg physikai — tényezők is.

Bármennyire is finoman kövesse a labilitási reactio a fehérjecolloidok változását, mégsem tudja ezen változás minden árnyalatát kifejezésre juttatni. Így látjuk ezt

olyan esetekben, hol a globulin oldal csupán csekély változásával az albumin rész kisebb-nagyobb fokú felcserélődése áll szemben. Az albumin oldal egymásközi eltolódása — bár néha csak igen kis mértékben — mégis pathológiás elváltozást jelent az anamnesis bizonyossága szerint, de viszont egyúttal olyan kismértékű dispersitás durvulást is, amely a reakcióban előírt só és alkohol concentratio és hőmérséklet mellett ez nem jutott kifejezésre. Máskor viszont a labilitás jelentkezett sokkal pregnansabban, sem mint azt a fehérjekép után várni lehetett volna: 52 meghatározás közül két esetben.

Összefoglalás.

A vérsavó fehérjecolloidjainak vizsgálatakor a *Darányi*-féle quantitativ methodussal kapott részletes fehérjetűkör igen érzékenyen mutatja a szervezetben lezajló kóros változásokat.

Ezen fehérjetűkörrel összehasonlítottam az egyidejűleg meghatározott sülyvedéssébséget és *Darányi*-féle labilitási reakciót. Az összehasonlításból kitért, hogy a labilitási reactio sokkal inkább megközelítette a részletes fehérjeanalýissal kapott változásokat, mint a sülyvedéssébség. Csúpan akkor, midőn a fehérjekép a finomabb dispersitású fractiókban — a labil és stabil albumin között — állott be eltolódás, váltott negatívvá a reactio. A magasabb dispersitású colloidok eltolódásának azonban csekélyebb a jelentősége, mivel ez nem mutat olyan nagyobb fokú kóros elváltozásra, mint a globulinekn egymásközi, vagy az albuminok rovására történő fehérjekép változása.

Irodalom: *Herzfeld és Klínger:* Bioch. Zschr. 83. 232. 1917. — *Doerr és Berger:* Zschr. f. Hvg. 93. 147. 1921. — *Reymann:* Zschr. f. Immunitätsf. 41. 209. 1924. — *Fähreus:* The Susension-Stability of the Blood. Dis. Stockholm, 1921. — *Darányi:* Magyar Orvosi Arch. 1931. — *Bircher és Mac Farland:* Arch. of. derm. a syph. 5. 215. 1922. — *Westergren:* Klin. Wschr. 27. 1359. 1922. — *Darányi:* Beitr. d. Klin. z. Tub. 89. 1926.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár).

Az ovarium visszahatása a hypophysisre.*

Irta: *vitész Schulcz Ágost dr.*, egyet. tanársegéd.

A belső elválasztás tanában közismert correlatiók alapján közeli gondolat, hogy az ú. n. felülrendelt szervnek, a hypophysisnek működését más hormonokon kívül magának az alárendelt szervnek, a petefészeknek hormonja is befolyásolhatja. Több szerző tűzte ki feladatául annak kísérleti eldöntését, vajjon a hypophysis működésével keletkező petefészekhormonnak, a folliculinak*) hatása serkentő, avagy gátló irányú-e a hypophysisre vonatkozólag, avagy közömbös-e a tüszőhormon jelenléte a hypophysis-hormon által kiváltott jellegzetes elváltozások szempontjából. *Mahnert* és *Siegmund, Ehrhardt**) kísérletei, valamint *Leonard, Meyer* és *Hisaw***) kísérletei szerint a folliculin bénítja a hypophysis mellsőlebens-hormonnak, a prolannak*) hatását. *B. Zondek, Higuchi***) és mások szerint a tüszőhormon-

nak nincsen gátló hatása a hypophysis mellső lebenyére. Vannak klinikai és laboratoriumi bizonyítékok arra is, hogy éppen ellenkezőleg: izgató, serkentő hatása van a tüszőhormonnak a hypophysisre. *Allatkísérletek* is bizonyítják (*B. Zondek, Steinach, Heinlein és Wiesner***), hogy az előregedett állatok petefészekének cyclikus működését folliculinál vissza tudjuk állítani. Mivel *Zondek* és mások elvitathatatlan érvényű kísérletei szerint a folliculinak a petefészekre, a tüszőérésre közvetlen hatása nincsen, az elmondottak magyarázatául azt kell felvinnünk, — mint ahogy *Zondek* is teszi (könyvének 232. oldalán), — hogy a tüszőhormonnak a senilis állat hypophysisére van stimuláló hatása. *Kraul***) s legújabban *Siegmund***) szintén arra az eredményre jutott, hogy a folliculin serkentőleg hat a hypophysis mellsőlebens prolán A. termelésére.

Az újabb idők kutatói között ebben az irányban *Kallasnak**) parabiosis kísérletei bírnak ötletességükkel és meggyőző látszatuknál fogva kimagasló értékkel. Castrált, éretlen állatot egyesített parabiososban éretlen normalis nőstény állattal és ekkor a nem castrált társállatban időelőtti peteérés (hypophysis mellsőlebens hormonreactio) keletkezett. Ez az eredmény nem következett be akkor, ha a castrált állatnak folliculint fecskendezett be.

E kísérletek meglehetősen bizonyítóknak látszók arra vonatkozólag, hogy a folliculin gátolja a hypophysis mellsőlebens működését. *Kallas és Lipschütz***) a frappáns hatású parabiosis kísérletek alapján kétségbe vonják a hypophysis elsődleges sexualhormon hatását. A petefészek hormonjának gátló hatásában, vagyis a primordialis tüsző activ működésében, illetőleg ennek felfüggesztésében keresik a pubertas létrejöttének magyarázatát. *Kallas* megfontolása értelmében kétségtelennek látszanék, hogy a fejletlen petefészeknek, a primordialis tüszőknek jelentékeny a szerepe a sexualis működés élettanában.

Ha igaza van *Kallasnak*, ebben az esetben joggal elvárhatjuk, hogy egyenlő viszonyok között levő fiatal kísérleti állatok nemi érettségének bekövetkezése időbelileg attól is fog függeni, mennyi petefészekük van. Vagyis, milyen mennyiségű hypophysis-gátló anyag áll az illető állat rendelkezésére.

A kérdés tanulmányozására azt tettük kísérleteink tárgyává, van-e tényleg különbség a fehér egerek első peteérése beálltának idejében attól függően, mennyi petefészek van az egyes állatnak? És ha a juvenilis petefészeknek mennyisége nem játszik szerepet, vajjon folliculin-adagolással befolyásolható-e az első peteérés ideje? Van-e az éretlen ovariumnak, avagy a folliculin hypophysis mellsőlebens-hormont gátló hatása révén activ szerepe a pubertas létrehozásában?

Felvetett kérdéseinkre úgy óhajtottunk választ kapni, hogy egyidős, lehetőleg egyazon ellésből származó (testvér) egereket hasonlítottunk össze, van-e és milyen különbség a két petefészekű, normalis állat, a féloldali castrált és a normalisnál több (implantált) petefészekkel rendelkező állatok nemi működésének beállta között. Amennyiben ugyanis a fiatal petefészeknek az első peteérés ideje előtt hypophysist gátló szerepük volna, akkor ennek a gátlásnak, ezzel együtt az infantilismusnak tovább kellene tartani sok ovariummal rendelkező állatokban, mint normalis, vagy ennél kevesebb petefészekű testvérállatokban. Kis mennyiségű petefészeknek antagonistikus hatását hamarabb át tudná törni a hypophysis mellsőlebensnek már lappangva meglevő hormonalis hatása, mint nagymennyiségű gátló hatású petefészek hormonét.

Egy-egy kísérleti csoportba 4 vagy 5 testvérállatot, vagy legalább is egykorú juvenilis nőstény fehér egeret vettünk. Ezek közül egyet, vagy kettőt normalis kontrollnak használtuk. Kettőnek egy-egy ovariumát kivettük

*) A budapesti kir. Orvosegyesület Gynaekologiai szakosztályában 1932. október 13-án tartott előadás.

*) Folliculin, illetve prolán néven nem a védjegyzett gyári készítményeket értem, hanem a petefészek tüszőiben képződő női sexualhormonnak, illetve a hypophysis mellsőlebens-hormonnak rövid megnevezésére használok e találó neveket.

TOLDIN

TÁPSZERALAKÚ ROBORANS

tartalmaz

a vegetatív és cerebrális
functiók erősítésére

foszforsavas sókat,

az emésztés elősegítésére

a béltraktus emésztő fermentumait,

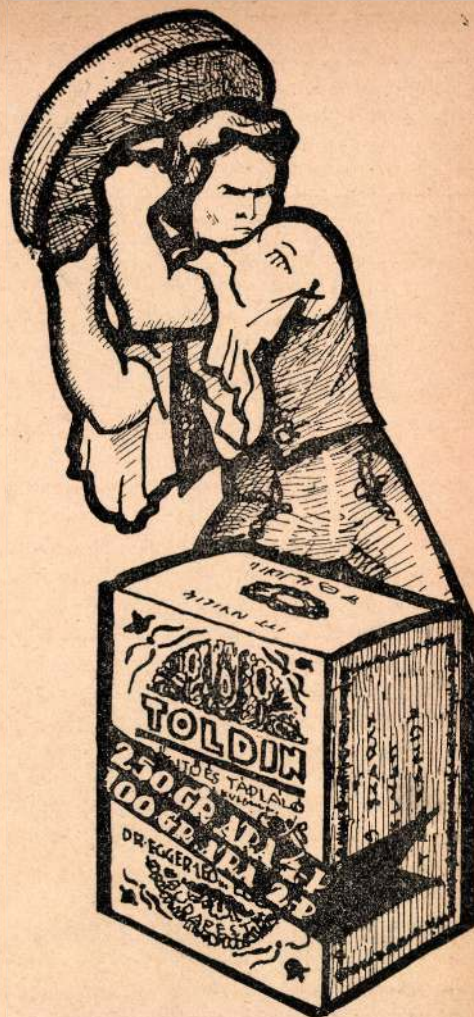
a táplálkozási monotonia elkerülésére
és az étvágy fokozására

növényi izesítő kivonatokat

jól felszívódó vitamindús alapanyagban.

Leszállított árak: 100 gr. 2— P. 250 gr. 4— P.

DR. EGGER-LEO és EGGER-I. BUDAPEST-VI



Acut laryngitis

Ha ***Antiphlogistinet*** egyik fültől a másikig,

továbbá az álltól a szegycsontig felkenünk, vat-

tával betakarjuk és lekötjük, oly kezelési módot

alkalmazunk, mely a fájdalom enyhítésére és akut

laryngitis esetében a gyulladás visszafejlesztésére

a legalkalmasabb.

Hőt fejlesztő tulajdonsága és baktériumfejlődést

gátló hatása révén az ***Antiphlogistine*** a

beteg területen activ hyperaemiát idéz elő, mely

a felületi véredényeket tágítja, leukocytosist idéz

elő és a bakteriumok pusztulását előmozdítja.

Mintát és irodalmat kívánatra díjtalanul küldünk.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW YORK, U. S. A.

Magyarországi központ:

== PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R. T., BUDAPEST ==
VI., FIGYELŐ-UTCA 16.

**A circulus
vitosus
attörése**



A fontos ásványi sók—natrium, kalium, calcium, van és mangan—hiánya feltétlenül az életerő csökkenésének syndromáihoz vezet.

Neurasthenia, debilitas, anaemia, cachexia, gyenge ellenállóképesség és egyéb, a szervezetet romboló bajok esetében Fellows' Syrup könnyen asszimilálódó formában pótolja ezeket a mulhatatlanul szükséges ásványi anyagokat phosphor-, chinin- és strychnin- vegyületeik alakjában.

Dosis: 1 teáskanálnyi minden étkezéskor.

Magyarországi központ:

PANACEA Gyógyszervegyészeti R. T.,

Budapest VI., Figyelő-utca 16

FELLOWS'

ÖSSZETETT

HYPOPHOSPHIT-SYRUP

PÓTOLJA A FŐBB ÁSVÁNYI TÁPSÓKAT

MINTÁT KIVÁNATRA
DÍJTALANUL
KÜLDÜNK

INFLUENZÁNÁL:

ALIN, kiméletes hatású, a gyomrot nem izgató, íztelen acetylsalicilsav származék

DEMALGON, megbízható antifebricum

TRANSPULMIN, catarrhalis pneumonia megelőzésére és meggyógyítására

FEALAN, a gyomorra közömbös, nem rosszízű phenylchinolin-carbonsavas só

DIGICLARIN, a szívműködés alátámasztására

CHINOIN gyógyszer és vegyészeti termékek gyára R. T., Újpest

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GEZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

Csecsemőkori bőrgenyedések és kezeléseik.

Klinikai és serologiai tapasztalatok támasztják alá azon megállapítást, hogy a bőr genyedéses betegségei fokozottabb mértékben függenek a bőr védekezőképességétől, mint a baktériumok virulenciájától. A bőr védekezőképességét azonban nemcsak a szerkezeti ellenállást csökkentő tényezők ronthatják, hanem származhat ez az ellenálláshiány abból is, hogy a bőr még nincs előkészítve több, egymásutáni kis fertőzés által a genykeltő elleni küzdelemre, vagyis a genykeltő inváziója a szervezetet készületlenül találja. Ezzel a helyzettel állunk szemben a csecsemőkori bőrgenyedésekben, amelyek éppen ezért többnyire az egész köztakaróra kiterjednek és a csecsemő általános állapotát is súlyosabban érintik, mint idősebb korban.

Ezek a bőrgenyedések vagy primaeren jelentkeznek, vagy egyéb bőrbajhoz csatlakoznak. A kórokozók között a strepto-staphylococcus és a pyocyaneus szerepel. Localisatiojuk lehet felületes és mély.

A streptococcus okozta felületes megbetegedés, az impetigo contagiosa, a hám felső rétegére localizált hólyagos kiütésekkel kezdődik, amelyek bennéke zavarossá válik és mézgasárga, esetleg piszkossárga pörkké szárad be. A könnyebb megbetegedések közé soroljuk. Szappanos-vizes lemosásra és 2%-os hydrarg. oxyd. flav. vaselinre rövidesen gyógyul. A kórokozó a hajas fejbőrt sem kíméli meg s ilyenkor kénytelenek leszünk a hajzatot ösztetapasztó pörköket olajos kötással, vagy kamillás borogatással leválasztani s utána a kenőccsel ellátni. Esetleges érzékenységgel a higanykenőcs helyett más enyhe desinficienssel, 10 %-os borvaselinnel is célt érünk.

A staphylococcus okozta felületes bőrbaj a szőrtüszőkre localizált sok apró genygóccal jelentkező folliculitis. Kezelésben a helyi therapia mellett figyelemmel kell lennünk azon tényezőkre, amelyek a folliculitist kiváltották, vagy elősegítik. Ezek között meg kell említenem az intertrigót, amely a meleg időjárás, erős polyázás okozta fokozott izzadástól és nedves alsóruhától eredhet és a gyermek általános romlását, amely táplálkozási ártalmaktól származhat. Iyen okok fennállása esetén először ezeket szüntetjük meg (könnyebb polyázás, étrendezés, napfény-quarz kezelés, vitaminok nyújtása). A bőr gócait pedig desinficiens hypermanganos fürdővel, enyhe kenőcsös kötással (2 %-os hydrarg. praecip. vaselin, 5 %-os sulfur praecip. vaselin) és puderezéssel (zinc-talcum aa, vagy 5 %-os sulfur praecip. zinc talcum aa) kezeljük.

A mélybe terjedő bőrgenyedések kórokozói között a streptococcus (abscessus multiplex neonatorum), a staphylococcus (furunculus) és a nem egységes aetiológiájú többször pyocyaneus okozta ekthyma gangraenosum szerepelnek.

Az abscessus multiplex neonatorum a streptococcus okozta mély pyodermia (Renault, Hulst) recidivára hajlamos multiplex gócos megbetegedés. Az egyes laesiók mélyen a subcutisban hatalmas cseresznye-diónyi sötét-livid beszűrődéseket okoznak, amelyek ellágyulva bőven ürítenek sűrű genyet. Általában gyomor-bél bajokban szenvedő leromlott csecsemőkön lép fel s így komoly prognosist. Kezelése az általános állapot javítására irányul, míg helyileg a furunculuséval egyezik (lásd alább).

A furunculus, a mély staphylo-derma a szőrtüszők mentén hatol a subcutisba. Egyidejűleg csak néhány góc jelentkezik. Ezek gyógyulása azonban nem véd meg a további recidivától, úgy hogy rendszerint az egész köztakarót bejárja. Csak hosszas és türelmes kezelés vezet célhoz. Ha a góc még nem lágyult el, akkor adstringens borogatással, 10-szeresen hígított liquor Burowi-val, v. Goulard vízzel kíséreljük meg visszafejlesztetni. Ha azonban a szövet genyes beolvadása tapintható, akkor a geny kiürülésének utat nyitunk és pedig vagy sebészileg, vagy elektrocauterrel. A sebészi kezelésben a nekrotikus részeket kiszedjük enyhe expressióval, vagy inkább steril csipesszel és a genyet eltávolítjuk. A furunculus ürének erőlyes kitörését desinficiens oldatba mártott tamponnal pedig minden körülmények között elvetendőnek tartjuk (Berde). A geny tökéletes kiürülését Bier-féle szívóharanggal siettethetjük. A harangot akkor vesszük le a sebről, amikor már csak véres savó, vagy tiszta vér ürül. Az expressiót kerüljük. A felsőajak furunculosisban a nyirokerekek útján meningitist okozhatunk vele. A furunculus ürébe, hogy a később képződő geny szabadon kiürüljön, vioformos tamponat vezetünk lazán s föléje Burowos, vagy 5 %-os alkoholos-vizes párakötést helyezünk. Ha a seb gyógyulni kezd, tampon helyett Mikulicz kenőccsel kötjük, s mérsékelt váladék esetén jódtincturával érintjük, majd besarjadás után borvaselin alatt hamosítjuk. (A jódozást és higanyos kenőcs egyidejű alkalmazását a makacs dermatitis veszélye miatt feltétlenül kerüljük.) A terjedés akadályozására naponta 1—2-szer hypermanganos (1 gr 10 liter vízre) vagy kénes (50 gramm solutio Vlemingx egy gyermekkére) fürdőt véteünk. Könnyebb esetekben megelégedhetünk bő szappanos-vizes lemosással is.

Feltétlenül fontos az orvos érdekében, hogy a recidiva fellépésére a hozzátartozókat figyelmeztesse és kezelésében ne ingadozzék, azon a recidivák ellenére se sokat változtasson.

Igen makacs esetekben óvatos vaccinakezelés vezethető be, vagy a saját genyből készített autovaccinával, vagy valamely polyvalens staphylococcus vaccinával. A kezelést 20 millió csira subcután oltásával kezdjük s az általános reactio (ne emelkedjék 38 fok fölé) és a helyi elváltozás (az oltási folt ne legyen filléresnél nagyobb) lezajlása után ismételjük 3—5 napi időközökben. Ha a reactio erős, akkor a legutóbbi mennyiséget megismételjük, míg különben az előző kétszeresére emeljük az adagot egészen 1000 millió csiráig oltásonként s ezt folytatjuk összesen 8—12 oltásig. Ezenkívül ügyelnünk kell helyes táplálással a gyermek erőbeli állapotának javítására.

Az ekthyma gangraenosum, ritkábban előforduló bőrbaj, amely egyéb ok, otitis (Grosse, Oetringhaus) scarlatina (Sugisawa), bélpanaszok, bronchitis (Sohi) folytán ellenállásukban gyengült csecsemőket támad meg. Mélyen a subcutisba terjedő éles szélű fekélyek ezek, amelyek nagy százalékban a gyermek pusztulását okozzák. Gyógykezelésünkkel elsősorban a gyermeket roboráljuk. Azonkívül enyhe desinficiens fürdőket adunk, 10%-os bórsavas zinkpuderral kötjük, vagy bórsavat, dermatolt hintünk a fekélyekbe. Jó eredményt ad a 2 %-os hydrarg. praecip. kenőcs is. Az egész testre alkalmazott 3 naponként 3—5 perces quarzbesugárzás 1 m távolságról 8—12-szer jó szolgálatokat tesz.

A felsorolt pyodermiák egyéb csecsemőkori bőrbajokhoz is csatlakozhatnak secundaer úton. Így a dermati-

tis exfoliativánál (Ritter) az egész testre és nyálkahártyákra is kiterjedő, lemezesen hámló, universalis, súlyos bőrgyulladásban a gyermek leromlását sokszor siettetik a fellépő abscessusok. A pemphigus acutus neonatorumban az universalis nagyhólyagos gyulladásban, amely aránylag jóindulatú, a hólyagok elgennyedése és folliculitis veszélye fenyeget. Ugy szintén az erythema mycoticum glutaeale-ban (Beck) a glutaeusokon foltokban jelentkező később összefolyó nedvező pikkelyes bőrkiütésben is juthatunk olyan helyzetbe, hogy staphylo, vagy streptogen infectiókkal kell megküzdenünk. Teendők sorrendjét megítélésünk szabja meg. Nem szabad azonban szem elől téveszteni, hogy ilyenkor 2 egymástól eltérő aetiológiájú és megjelenésű kórkép együttes megjelenéséről van szó, amelyek ennél fogva különböző kezelést igényelnek. Tehát a dermatitis exfoliativa-ban és a pemphigus acutus neonatorumban a tisztító fürdők és indifferens (bőrkenőcs, ol. oliv.) kezelés mellett ügyelnünk kell az egész testfelület fokozott hő- és folyadékvesztésének csökkentésére, a tisztítófürdők idejének rövidítésével s kellő pólyázással, míg az erythema mycoticum glutaeale-ban a kórokozó soor gomba ellen is kell küzdenünk a tisztítófürdőkön kívül 2—3%-os sulfur praecip. 1%-os acid. salycil. kenőccsel.

Follmann Jenő dr., klinikai tanársegéd

A pertussis vértherápiájának fontosabb irányelvei.

Ez év januárjában jelent meg az O. H. hasábjain az a beszámoló, amelyben 71 eset kapcsán a pertussisnak felnőtt vérrrel történő gyógykezelését ismerttettem. Az eljárás öröndetes érdeklődést keltett a kartársak körében. Legutóbb az O. H. 28. számában *Zemplényi Imre* kartárs számolt be az általa elért eredményekről és eljárásomat követésre méltónak tartja. Vannak viszont híreim, amelyekben kartársak az eljárás eredménytelenségének okai felől érdeklődnek, tehát bizonyos, hogy valahol hiba van, amelyet meg kell kísérelni kiküszöbölni. Míután az általam eddig kezelt közel 300 esetből elég tapasztalatot tudtam szerezni ahhoz, hogy rá tudjak mutatni az okokra, amelyek a kezelés sikertelenségében közrejátszanak, szükségesnek tartom közölni azokat az irányelveket, amelyek az eljárásnál betartandók.

Miként már előző beszámolómban is igyekeztem hangsúlyozni, a vértherápia kizárólag azon alapul, hogy a fertőzéssel szemben ellenanyagot vigyünk be a beteg szervezetbe, amely vagy csökkentse annak toxicitását, vagy antitoxinként hasson.

Ha elgondoljuk azt, hogy a pertussis majdnem egész életre szóló immunitást hagy hátra, hogy felnőttek csak kivételesen kapják meg, akkor helyes az a feltevésünk, hogy a vérnek ez esetekben már kell rendelkezni olyan ellenanyagokkal, amelyekkel egy újabb fertőzésnek ellen tud állani. A felnőtt vére tehát semmiféle pertussis fertőzéssel szemben sem mutat elváltozást, miként azt az oltásokkor több mint száz esetben ellenőriztem, sőt még abban az esetben sem, amikor megkísértem a felnőtt fertőzését a gyermekből vett néhány ccm vérral erősíteni és így az immunanyagok képződését siettetni.

Amidőn tehát a vértherápiát alkalmazzuk, nem proteintherápiát, hanem határozottan specifikus gyógyító terápiát akarunk végezni. Ez a cél vezessen bennünket a vértadó felnőtt megválasztásakor.

Az oltás első, elengedhetetlen feltétele, hogy a felnőtt fertőzve legyen, még az sem elég teljesen, ha kicsi korában átesett pertussison.

Nagyon sokat kellett kísérletezni, amíg kiderült, hogy nem minden felnőtt vére alkalmas a gyógyításra.

Ha már minden kétséget kizáróan megállapítottuk, hogy a gyermek pertussisban szenved, — ami a köhögés első hetének végén sikerül is, — akkor gondoljunk csak a vértadásra és gondos körütekintés és mérlegelés után válasszuk ki a vértadót. Elsősorban az jön tekintetbe, aki már maga is átesett pertussison, de nem nagyon régen. A legszebb eredményt adja a 2—3 hóval azelőtt friss fertőzést kiállott egyén vére, ha különben egészséges marad, az ú. n. reconvalescens vér. Másodszor azt keressük, ki foglalkozik többen a gyermekkel. Azért adunk inkább anyai vért, mert e tekintetben az anyaké az elsőbbség. De az anyai vért sem szabad minden válogatás nélkül felhasználni. Gyakran hagy cserben a sápadt, sovány, vérszegény, valami miatt kezelésre járó anya vére. Mindig kérdezzük meg, hogy a vérvételre kiszemelt maga nem köhög-e. Az ideges hysteriás anyákat se vegyük igénybe vérvétel céljára, mert ezek vére megbízhatatlan.

Igen fontos kérdés az oltás időpontja. Itt nem válik be az az elgondolás, hogy minél korábban oltunk, annál jobb lesz az eredmény. Az első hét vége előtt adott oltásnak nincs meg a kívánt hatása, mert ilyenkor még a vértadó, — hacsak előzőleg már egy másik gyermektől fertőzve nem volt, kellő mennyiségű ellenanyaggal nem rendelkezik. Az ellenanyagtermeléshez ugyanis a fertőzést számítva bizonyos időre van szükség, ez pedig a köhögés 4—5. napjánál előbb nem indulhat meg. A köhögő gyermek az első napokban nem fertőz. Ezért sikerül az első napokban véghezvitt elkülönítéssel a többi gyermeket pertussistól megóvni, ha a fertőzésre gyánunk van. Ez magyarázza meg az első héten adott oltás sikertelenségét is, mert ha a vértadó kellő időben fertőzve nem volt, akkor még ideje sem lehetett ellenanyagot termelni. Viszont ez az oka annak, hogy a második oltás már eredményesebb és ez vezet arra a hamis következtetésre, hogy az oltások számának emelésével a gyógyítás eredményeit növelhetjük.

A második oltásra már gyakran nincs szükség, a harmadik oltás pedig az előbbi elgondolás szerint teljesen felesleges, mert attól különösebb eredményt nem várhatunk. Az első oltás eredményét ugyanis ki kell várunk és ez az időpont nyolc nap. Ezen belül megismételt oltástól alig várhatunk jobb eredményt, mint az elsőtől. A legtöbb esetben az oltást követő 2—3. napon jelentkezik ugyan már a kedvező hatás, amit a hányás megszűnt, a nyugodt alvás, a rohamok számának és erejének csökkenése, az étvágy fokozódása mutat, de sokszor meg-esik, hogy az 5—6. napon a még teljesen pertussisos jellegű köhögés csak a 7. napon változik meg és megy át egy laza, könnyen oldódó bronchitis képébe.

Egy esetben van értelme az oltások ismétlésének, ha az első injectio utáni héten, látszólagos gyógyulás ellenére egy napon újra felszökik a rohamok száma, a gyermek lázas lesz és ilyenkor a láz okát kutatva, egy új fertőző betegséget fedezünk fel. Mert erre is nagyon kell ügyelnünk és nem szabad elfelejteni, hogy a pertussisoz idegen fertőzés is társulhat. Igen kedvenc alanya a pertussisos gyermek a streptococcus fertőzéseknek és a morbillinek. Ez az utóbbi nagyon kedvezőtlenül befolyásolja a pertussist és a magas láz és súlyos köhögési rohamokhoz majdnem minden esetben tüdőbeli szövődmény társul. Néhány ilyen esetben a másodnaponként adott 4—5 vérinjectiót valósággal életmentőnek tapasztaltam. Ugyanezen esetekben szükséges a gyógyszeres és hydrotherápiás eljárás igénybevétele is, melyet egyébként tisztán pertussis esetekben nyugodtan mellőzhetünk.

Előző beszámolómban végén azt a gondolatot vettem fel, vajjon nem lehetne-e a felnőttek vérének mesterséges fertőzéssel fokozott immunanyagtermelésre ingerelni. Ez-

zel a kérdéssel azért érdemes behatóbban foglalkozni, mert ha ez sikerül, akkor meg van oldva a serumtermelés kérdése, amely lehetővé teszi, hogy a pertussis ellen prophylaktice és therapeutikus úton bárhol és bármely időben sikerrel védekezhessünk. E célból a pár nap óta jellegzetesen köhögő gyermekből vett 3 ccm vért intramuscularisan az egészséges anyába oltjuk. Három nap múlva visszaoltunk 12 ccm-t a gyermekbe és meglepő hatást fogunk tapasztalni. Eddigi, összesen 17 esetben volt olyan, aki két nap alatt meggyógyult, nappal és éjjel egyet-kettőt köhintett. A legtöbbön a gyógyulás 3–6 napig tartott és csak egy esetben nem sikerült eredményt felmutatni. Ezzel az eljárással lényegesen megrovidíthatjuk a gyógyulás időtartamát, mert nem kell várnunk az első hét végére, amíg a fertőzőképesség kifejlődik és az immunanyagtermelés megindul. Az eljárás minden aggodalom nélkül, mint teljesen veszélytelen alkalmazható.

Vannak olyan kis, apró megfigyelések, amelyeket az oltások alkalmával kár lenne nem hasznosítani. Így pl. határozottan állítható, hogy a barna bőrűek, az erősen pigmentáltak, napbarnítottak vére sokkal hatásosabb, mint a fehér bőrűeké, általában a szőkéké.

Az is feltűnő, hogy az étkezés után adott oltások jóval felülmúlják hatásukban a reggel adottakét. Itt talán valami szerepe van az étkezési leukocytosisnak és a haemoglobinemelkedésnek is.

Remélem, hogy az eddigi tapasztalatok alapján köztöltek bizonyos rendszert fognak belevinni a pertussis vértherapiájába és az itt elért eredmények teret fognak nyújtani a gyermekkori fertőző betegségek kezelésében egy új, sikeres eljárásnak.

Cságyoly Sándor dr.

A klimakterikus szívpanaszok tünettana és kezelése.

A klimakterium biológiája a petefészek endokrin működésének csökkenése, illetve megszűnése, amihez másodlagosan a többi belső elválasztási mirigy, elsősorban a pajzsmirigy, működésbeli zavara társul.

A változással összefüggő szívbeli zavarok az arteficiális climaxban nagyobbak, mint a természetesben. Lehet, hogy ebben a beavatkozással járó psychikus traumának része van. A szívzavarok rá szoktak terjedni a menopausára is, amelyben idővel lefokozódnak, majd végleg megszűnnek.

A klimakteriummal járó vérkeringési zavarok lehetnek könnyebb és súlyosabb természetűek. Az előbbieket főképp vasomotoros zavarok: hirtelen elpirulás és elsápadás, szívdobogás, tachycardia, légszomj, fokozott vérnyomás. Ezeknek a tüneteknek kellő értékelése nem nehéz, ha a climaxra és egyéb velejáró jelenségekre gondolunk. milyenek: az elhízás, az izgalmi állapotok, vértolulások a fejben, szédülés, főfájás, szorongás, izzadás az egész testen, de különösen a roham végén. Az ily vasomotoros rohamok gyakran jelentkeznek ugyan, de többnyire csak $\frac{1}{2}$ –1 percig tartanak, ami tünettaniilag szintén fontos. Ezek a zavarok úgy támadnak, hogy a vasomotoros centrum izgalma ráterjed a splanchnicusra, aminek folytán erős véráramlás indul meg a splanchnicus területből a peripheriába, valószínűleg a környéki erek aktiv vasodilatációjával. Ezt követően pedig ugyan csak a környéki véreket aktiv vasocorstrictiójával kapcsolatban a vér újból visszaszívódik a splanchnicus által beidegzett áraterületbe. A szívdobogás, mely néha kimondottan fájdalmas, a tachycardia és a nagyon kellemet-

len extrasystolek alighanem klimakteriummal gyakran társuló hyperthyreosis folyamányai.

A hypertensio elég gyakori jelenség. Lehet mondani, hogy a climaxosok 80%-ában fordul elő. A hypertensio nem jelentékeny. Átlag 20 higanymilliméterrel magasabb mint a várható. Csak a mesterséges climaxban emelkedik 35 mm-rel. A climaxos hypertensióra jellegzetes, hogy nagyon labilis a napnak szaka, a megerőltetés, a testi és lelki izgalmak stb. szerint. A napi ingadozás 60 mm-t is kitehet. Ha a hypertensio fixált, vagy ha a 200 mm-t eléri, akkor annak okát másutt kell keresnünk, nem a klimakteriumban. Érdekes volta miatt itt felemlítem, hogy sokszor szült asszonyokban is gyakran látni climaxosra emlékeztető vérnyomásnövekedési ingadozásokat már akkor is, amikor még a menstruációs zavarok nem jelentkeztek.

A vérkeringési szervek súlyosabb zavarai az érfájdalmak, a *vasalgiák*, amelyek különösen a nagy ereket támadják meg. Az aortát és ágait, nevezetesen a carotisokat, a hasi aortát, a femoralist, a popliteat, a tibialis posticát, de elég gyakran a temporalist is. A fájdalomkat hideg behatással vagy ujjunk nyomásával kiválthatjuk, de fellép spontán is, hol rohamok képében, hol állandóbb jelleggel. Ha ezen vasalgiák a szívre is ráterjednek, kifejlődik ama tünetcsoport, melyre a szorosabb szakirodalomban most már nem szokásos *angina pectoris spuria*, vagy *pseudoangina pectoris* elnevezés jól ráillik. Égető, görcsösítő összeszorító nagy substernalis fájdalom lép fel hirtelen, mely kisugárzik a vállakba, a karokba, a hátba, a lapockák tájára, az alsó állkapocsba, sőt a hasba is. Nem ártana, ha ezen syndromát, mely vajmi könnyen összetéveszthető a valódi *angina pectoris*-sal — *angina pectoris climaktericának* neveznék el.

Elkülönítő körjelzési momentumok nagyjában a következők: 1. Az *angina pectoris* főképpen férfiakban fordul elő, nőkben aránytalanul ritkább. 2. Az *angina climaktericában* hiányzik az arc halálra riadt kifejezése, a megsemmisülés érzése, az *angor praecordialis*. 3. Hiányzik a szoborszerű mozdulatlanság, a betegek roham közben is előadják panaszukat. 4. Roham közben a pulsus telt és feszes. 5. A roham elmúltával a climaxos nem oly kimerült és lesújtott, mint a valódi stenocardiás. Persze vannak itt is eltérések és találkozunk oly esetekkel is, amelyekben csak a jóindulatú lefolyás alapján különböztethetjük meg a climaxos anginát a valóditól.

A klimakterium és a vitium cordis egymásra hatásáról itt nem tárgyalhatunk. Mégis röviden csak annyit, hogy a fennálló vitiumok, nevezetesen a mitralisok, a klimakteriumban könnyebben, decompenzálódnak. A klimakterium rosszul hat a myocardium megbetegedéseire, rosszabbul, mint az endocardialis vitiumokra, vagy az arteriosklerosisra.

A kezelést illetőleg elsősorban megkísérlendő az organotherapia, mely bizony elég gyakran cserben hagy. Néha talán azért, mert a petefészekkészítmények nem mind tartalmaznak elegendően activ hormont. Ahol hyperthyreoid jelenségek mutatkoznak, enyhe fürdőkúrák mellett bromcalcium, ergotamin, gynergen. Magas vérnyomás esetében az ismert diatás kezelés mellett idegcsillapítók, nitritek, cholinkészítmények, érpunctio. A vasalgiák ellen theobromin készítmények, valeriana, papaverin nemcsak a rohamok idején, hanem heteken át adagolva. Az *angina climakterica* ellen minden más szer-nél jobb a nitroglycerin tablettákban, vagy még inkább $\frac{1}{2}$ –1%-os alkoholos oldatban. Cardiacumok, nevezetesen a digitalis és a strophantus kerülendő, — hacsak szívgyengeségi tünetek nem teszik azok rendelését parancsolóvá.

Bodon Károly dr., egyet. magántanár.

Tájékoztatás a gyakorló orvosok kötele-ségeiről hatóságokkal szemben.

Irta: *Melly József dr., egyet. magántanár.*

(Folytatás.)

A Nemzetek Szövetségének a belügyminisztérium ügykörét érintő ügyei; érintkezés a Nemzetek Szövetségével és annak szerveivel a hevenyfertőző betegségekre vonatkozó nemzetközi védekezés kivételével.

A Nemzetközi Munkaügyi Hivatalnak a belügyminiszterium ügykörét érintő ügyei; érintkezés a Nemzetközi Munkaügyi hivatallal.

A belügyminisztérium XII. és XIV—XVII. osztályainak ügykörét érintő nemzetközi egyezmények előkészítése, tárgyalása és végrehajtása az illetékes osztályokkal egyetértőleg.

Egyéb osztályok által átengedett nemzetközi vonatkozó ügyek.

Azok a társadalompolitikai vonatkozású ügyek, amelyek az ügybeosztás szerint más osztályok ügykörébe nem tartoznak. Az 1931. XX. törvénycikk (kartell-törvény) végrehajtásával kapcsolatban a belügyminisztérium ügykörébe tartozó tennivalók ellátása.

Az 1932. XII. törvénycikk alapján szervezett Országos Társadalompolitikai tanáccsal való érintkezés s a Tanácsnak a tárcát érintő ügyei

XIV. osztály (gyermekvédelmi):

Az állami gyermekvédelem irányítása. A vonatkozó törvények és rendeletek végrehajtása.

Állami gondozásba (gyermekmenhelyi kötelékbe) utalt gyermekek gondozásának felügyelete. Téli és nyári ruházatuknak központi beszerzése.

Az állami gyermekmenhelyek igazgatási, gazdasági és személyzeti ügyei. Telepörvosok megbízása és ellenőrzése.

Az állami gyermekmenhelyek kísérő intézményeinek (üdülotelepek, gyógypedagógiai intézetek, szigorított nevelésre szolgáló intézetek, ápolóintézetek, szabadlégi (erdei) iskolák; szanatóriumok, stb.) főfelügyelete.

Az állami gyermekmenhelyek kötelékébe tartozó és más szegény gyermekek nyaraltatása. A nyaraltatási mozgalmak támogatása és felügyelete.

A gyermekvédelemmel foglalkozó intézmények főfelügyelete. Gyermekvédelmi egyesületek alapszabályainak jóváhagyása kérdésében véleménynyilvánítás.

Külföldi gyermekek ügyei.

Gondozási díjügyek.

Az elhagyottá nyilváníttási ügyekben benyújtott fellebbezések elbírálása.

Határozás gondozási költségek elengedése iránt előterjesztett kérések fölött.

A gondozási idő esetenkénti meghosszabbítása.

Az anya- és csecsemővédelem országos szervezésének és intézésének irányítása és ellenőrzése.

Főfelügyelet az anya- és csecsemővédőnők, valamint a gyermekgondozónők képzésére szervezett tanfolyamok felett.

A gyermekjóléti és ezzel kapcsolatban a gyermekegészségügyi kérdések tanulmányozása.

A gyermekhalandóság társadalmi okainak kutatása és az ellenük való védekezés.

Az állami hadiárvaintézetek felügyelete, személyi és dologi ügyei.

Hadigámolt gyermekek (hadiárva és hadirokkantak gyermekei) részére közületi, szerzetesi, egyházi, egyesületi, stb. intézetekben megállapodás (szerződés) alapján tartásdíjhozjárulás vállalása mellett férőhelyek biztosítása és azok benépesítése.

Hozzá tartozóik gondozásában lévő hadigámolt gyermekek után kivételes esetekben tartásdíjsegély engedélyezése.

Hadigámolt gyermekek ösztöndíj-ügyei.

A gyermekvédelemre vonatkozó törvényjavaslatok és rendeletek kezdeményezése, illetve előkészítése.

XV. osztály (általános egészségügyi).

A közegészségügy feltételeinek megteremtésére, valamint a közegészség javítására és fenntartására irányuló közigaz-

gatási tevékenység legfelsőbb irányítása és felügyelete. Az egészségügyi közigazgatási szolgálat szervezetének és területi beosztásának megállapítása.

A talaj, levegő és víz, a köztisztaság, a közlekedés, az építkezés, a városrendezés, az élelmiszerek, a táplálkozás, közlemezés, a piaci árúsítás, a lakás, az iskolák; a gyermekmenhelyek, a letartóztatási intézetek, a nyilvános helyiségek, a munka, az ipar, az erkölcsrendészet; a mentésügy; a temetés, temetők, a hullaszállítás, stb. egészségügyi vonatkozásai.

A hevenyfertőző betegségek ellen való védekezés.

Az ivóvízszerezéssel kapcsolatos ügyek. Községi ártézi és mélyfúratú kútak létesítése, a vonatkozó szerződések elbírálása és a munkálatok felülvizsgálata.

A gyógyfürdőkről, az éghajlati gyógyintézetekről, a gyógyhelyekről, az üdülőlhelyekről és az asvány- és gyógyvízorrásokról szóló törvénycikk, valamint az ennek életbe-leptetése, végrehajtása tárgyában kiadott rendeletnek, továbbá a gyógyhelyekről, végül a balatoni gyógyhelyekről és üdülőlhelyekről szóló rendeletek végrehajtásai kapcsolatos összes teendőik intézése.

Az orvos-ügy, gyógyszerész- és droguista-ügyek, a vizsgázott fogászmesterek ügyei. Tiszti továbbképzés. Bába-, apoló- és egészségügyi védőnők, fertőtlenítők képzése.

Az egészségügyi statisztikai adatoknak egészségügyi politikai szempontból való feldolgozása. Küzdelem a népbetegségek (tuberkulózis, nemi betegségek, alkoholizmus, stb.) ellen.

A gyógyszer-tári jog adományozásával kapcsolatos ügyek. Gyógyszertárak elhelyezésével (forgalmi körök) kapcsolatos ügyek. Gyógyszertárak és az azokban alkalmazott gyógyszerészek országos nyilvántartása. A gyógyszer-tárak ellenőrzésével és felülvizsgálatával kapcsolatos ügyek. A gyógyszer-ek, gyógyszerkülönlegességek és a gyógyszer-tári eszközök forgalombahozatala engedélyezésének, továbbá ellenőrzésének ügyei. A gyógyszerek árának megállapítása. A gyógyszer-ek behozatalával kapcsolatos ügyek. A hivatalos gyógyszer-könyv (Pharmakopoea hungarica) elkészítésével, kiadásával járó teendők. A kórházak és gyógyintézetek gyógyszer-észerzési ügyei, ideértve a betegségi biztosító intézetek gyógyszerellátási ügyeit is. A gyógyszer-tárak és laboratóriumok ügyei. Gyógynövények, szérumok és bakteriológiai készítmények, mérgek; orvosi műszerek; sebészeti kötöző-szerekre vonatkozó ügyek. Mesterséges tápszerek gyártása, forgalombahozatala és ellenőrzése. Kábítószerek termelésé-nek, gyártásának, forgalombahozatalának engedélyezése, nyilvántartása, valamint ezen ügyek ellenőrzése.

Tiszti orvosi tanfolyam és vizsgák.

A szülészeti ügyek miniszteri biztossága, az Országos Közegészségi Tanács, a M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet, a M. kir. Apolónó és Védőnőképző Intézet, az orvosi internátus, a M. kir. Társadalomegészségügyi Intézet és Múzeum, az újpesti szociálpolitikai intézet, a tuberkulózis elleni küzdelem Országos Bizottsága, az Országos Antivene-reás Bizottság, valamint általában a közegészségügyi célokat szolgáló intézmények, intézetek és társadalmi egyesületek ügyei.

Az egészségügyi vonatkozású véghatározatok felsőbb fokú elbírálása.

Érintkezés a Nemzetek Szövetségének egészségügyi szak-osztályával és más nemzetközi egészségügyi alakulatokkal a hevenyfertőző betegségekre vonatkozó nemzetközi védekezés tárgyában.

XVI. osztály a) (betegellátási) alosztály:

A közegészségügy rendezéséről szóló 1876. XIV. törvény-cikk IX. X. és XVI. fejezetében foglaltak, valamint a Német-orzággal 1853. évi július hó 11-én a vagyontalan betegek kölcsönös díjtalan ápolása, a svájci szövetséggel 1875. évi december hó 7-én a letelepedés iránt kötött s az 1876. XVII. törvénycikkbe becikkelyezett 7. cikkének, az Olaszországgal a vagyontalan betegek kölcsönös díjtalan ellátása iránt Bécs-ben 1896. évi június hó 25-én kötött és az 1897. XV. törvény-cikkbe iktatott nemzetközi egyezménynek, a nyilvános beteg-ápolás költségeinek fedezéséről szóló 6000/1931. M. E. sz. rendelet egészségügyi rendelkezéseinek végrehajtásával, illetve a hivatkozott törvények alapján fogantatosított közigaz-gatási tevékenység irányításával és felügyeletével járó teen-dők ellátása.

(Folytatjuk.)

és a két kivett ovariumot egy másiknak hátizomzatába ültettük be. Naponta történő hüvelyváladék-vizsgálattal állandóan megfigyeltük az állatokat. Ily módon megállapítottuk, mikor léptek a pubertásba, mikor indult meg az első ivarzásuk, vagyis a nemi cyclust jelző első peteérésük. Az operatív technikára, a hüvelyváladék vizsgálata és diagnosztikus értékelésére vonatkozó részletek ismertetését, az utóbbi évek idevágó kimerítő — főként külföldi — irodalmára tekintettel mellőzöm. Az egyes állatok ivarműködése közti különbség értékelésére a hüvelyváladékokról történt mindennapi feljegyzésen, összehasonlításon kívül a korukkal nagyjában párhuzamban haladó testsúlynak állandó megmérése szolgált.

Hangsúlyozni kell e helyen azt, mennyire nagyok a különbségek a kísérleti állatok élettani viszonyai között az évszak, éghajlat, a helyi viszonyok (milieu) különbözősége szerint. Kísérleteim egyik részét nyárelőn Bécsben, második részét pedig ősszel és télen Budapesten végeztem. Az első csoportbeli állatok sokkal gyorsabban növekedtek súlyban, kisebb súllyal lettek nemileg érettek. A cyclusuk átlag 5–8 napos volt. (Cyclyus: egyik ivarzás csúcspontjától (Vollbrunststadium) a következőnek csúcspontjáig tart.) A második sorozat állatai sokkal lassabban fejlődtek, átlagosan sokkal súlyosabb korukban, — később lettek nemileg érettek és a cyclusuk ideje is eltérést mutatott az előbbiekkal szemben. Átlag 9–10 naposak voltak cyclusuk és sokszor igen rendetlenül jelentkeztek. Az egerek cyclusára vonatkozó tanulságos felvilágosításokkal szolgáló vizsgálatokról a közelmúltban *Clauberg*²⁾ számolt be. Szöveti vizsgálatokkal állapította meg, hogy a cyclus hossza attól függ, elsovad-e a petefészekben megérett tüsző, avagy megreped és sárgatest érik-e helyén. Csupán *Clauberg* exact vizsgálatainak szerény kiegészítésül hangsúlyozom, hogy ugyanazon vizsgálati módszer mellett milyen nagyok is különbözőeknek találtam a bécsi és a budapesti milieu-ban vizsgált egércyclusokat. Nem csodálható tehát, hogy *Sobotta* szerint 3 hét, *Allen* szerint 4–5 nap, *Clauberg* szerint pedig 9–11 nap az egér normalis cyclusa.

Az első idevágó kísérleteket a bécsi Collegium Hungaricum tagjaként az ottani egyetemi II. sz. női klinikán végeztem.*)

Az ottan beállított hét ilyen 4–5 drb. egérből álló kísérleti szempontból a normalis controll-állatok**) átlag 15.1 gr súllyal, a féloldalt castráltak 13.3 gr súllyal, azok pedig, amelyekbe az infantilis társállatokból kivett egy-egy — összesen két — petefészeket beültettünk, négy petefészekkel testükben 13.2 gr súlyos korukban kezdtek ovulálni. Budapesten más évszakban, más milieu-ban végzett ugyanilyen kísérletekben a normalis állatokban átlag 16.3 gr, az egy petefészkű állatokban 15.1 gr és a négy petefészkű állatokban 16.7 gr átlagos súly mellett következett be az első peteérést jelző hüvelyelváltozás. Ha az ezekben a kísérletekben megfigyelt, összesen 55 egér átlagos viszonyait vesszük, akkor:

az egy petefészkű állatok 14.6 gr-os,
a két petefészkű állatok 14.2 gr-os,
a négy petefészkű állatok 14.9 gr-os

súly mellett érték el a pubertás korát. Ha az állatok nemi működésében közismert élettani eltéréseket figyelembe vesszük, e kis különbségekből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a különböző ovarium-mennyiséggel rendelkező egyedek nemi működésbeli különbségeket nem mutattak.

Az infantilis állatban meglevő „x” mennyiségű éretlen petefészek a saját „y” mennyiségű éretlen hypophysistól nem érlel petét. Ha azonban egy másik (akár infantilis) hypophysist ültetünk be, „2y” már reactiót vált ki az „1x”-ben. Ha azonban ezt a 2:1 arányt úgy érjük el, hogy az adott mennyiségű meglevő fiatal hypophysissal szemben csak fele mennyiségű petefészek álljon, vagyis, ha féloldalt castrálunk, akkor a mellsőlebens-hormon reactiója a megmaradt 1 petefészekben nem fejlődik ki. Az infantilis ovarium aránylag passiv szerepét látom ezzel is igazolva.

Az infantilis ovarium hypophysist-gátló szerepét *Liepschütz* kísérletei is kétséssé teszik. Hiszen az infantilis petefészek érett castrált állatba ültetve, abban nem képes az állítólagos hypophysis-gátló hatást kifejteni. Ott a szokott időnél jóval előbb érvényesül rajta a prolan-A. hatása és tüszőket érlel már abban a korban, amelyben az eredeti szervezetben hagyva még hetekig életben maradt volna.

Abban a szerencsés helyzetben voltam, hogy külföldi tanulmányi évem folyamán *B. Zondek* professortól közvetlen érintkezés folyamán tanulhattam meg a hormonalis kísérleti vizsgálódások sok elméleti és methodigai kérdését. És amidőn utóbb tőle tanácsot kértem, ő volt szíves figyelmeztetni arra a tapasztalatra, hogy a beültetett petefészek — mint ismeretes — rövid idő múlva felszívódhatnak, vagy szervülhetnek és így állandó hatás helyett csupán egyszeri hormonlökést adnak a szervezetnek. *Zondek* professor nagyértékű utasítására ezért az egyik kísérleti sorozatban ismételtén ültettem be infantilis petefészkeket ugyanazon nemileg éretlen egerekbe. Így egy-egy egérbe 8 naponként 3, sőt 4 ízben implantáltuk infantilis korú állatnak egy-egy kivett ovariumát. Az így állandó friss petefészek-felesleggel ellátott állatok, összesen 5–6 petefészek birtokában 16.5 gr-os korukban kezdtek ovulálni. Ez az ugyanekkor 16.3 gr átlagsúllyal pubertásba került controll-állatokkal szemben nem jelent semminemű eltolódást.

B. Zondek könyvének 101. oldalán arról tesz említést, hogy juvenilis kísérleti állatokban folliculin kezelés után nem következett be korábbi nemi érés. Annak eldöntésére, vajjon — ellenkezőleg — a folliculin-előkezelés a hypophysisre való esetleges gátló hatás révén nem tolja-e ki az állatok nemi érettsége bekövetkezésének idejét, néhány egérnek még nemileg éretlen korában két egéregység folliculint*) fecskendeztünk be. Ez természetesen egyszeri ivarzási- (*Allen-Doisy*) reactiót okoz a hüvelyváladékban. Ezután ismét dioestrus következik, majd a szokásos terminusnak és testsúlynak megfelelő időben látuk bekövetkezni az első normalis ovulációt jelző ivarzást (Brunst).

*Kraul*¹⁵⁾ legutóbbi közleménye szerint azonban folliculin-befecskendezés hatására néhány nappal hamarabb érnek meg az infantilis petefészek tüszői, mint a controll-állatokban. Ezt a mesterséges koraérettséget folliculin-kezelés után *Zondek* és *Aschheim* szövettani vizsgálataik alapján nem látták igazolva. A mi más helyen közölt idevágó vizsgálataink is azt mutatják, hogy a legkülönbözőbb tüszőhormonadagokkal történő kezelés nem képes időelőtti spontán ivarzást kiváltani.

Az egyes szerzők ellentmondó kísérleti eredményeinek összevetése után nem látszik igazoltnak a tüszőhormonnak serkentő szerepe a hypophysis sexualhormon hatására. Hogy ellenkezőleg éppen gátló szerepe volna az ovariumnak a hypophysis mellsőlebensének működésével szemben, azt néhány — már említett — szerzőnek kísérleti eredményein kívül több elméleti megfontolás is fel-

*) E helyen is nagy köszönettel és hálával emlékezem meg néhai *Kleibelsberg* gróf kultuszminiszter úrról, aki az ösztöndíj adományozásával kitüntetett és *Heidler* dr. egyet. magántanár úrról, a bécsi II. sz. női klinika akkori vezetőjéről, valamint *Schiller* dr. klinikai tanársegéd úrról, a klinika laboratóriumának vezetőjéről, akik nagybecsű támogatással az állatkísérletek elvégzését számomra lehetővé tették.

**) *Zondek* és *Aschheim*¹⁹⁾ szerint 13–14 gr súlyosak az egerek, amikor ivarzásuk (Brunst) megkezdődik.

*) A Richter-gyár kipróbált Glandubolin készítményét használtuk.

tételezhetővé teszi. Elsősorban is az, hogy a castrált egyének vizeletében megjelenik az addig, normalis körülmények közt ki nem mutatható mellsőlebens-hormon (Prolan-Á.). Ez azonban nem feltétlenül jelenti azt, hogy az ovariumok, mielőtt őket eltávolították, meggátolták a hormon előállítását. Csupán azt mutathatja, hogy most megváltoztak a hormon kiválasztási viszonyai (Zondek¹⁸). Castrálás előtt a szervezet felhasználta, most pedig, mint feleslegesen kiüríti magából a hypophysis mellsőlebens-hormont.

Evans⁶), Higuchi⁷) és mások tapasztalatából, hogy castrált állatok hypophysisének nagyobb a hormon-tartalma, erősebb a folliculus-érlelő hatása, mint másoknak, szintén nem feltétlenül következik, hogy az ovarium állítólagos bénító hatása alól felszabadult mirigy több hormont képez. A szervezetbe került és a mirigyben talált hormonmennyiség nem áll mindig egyenes arányban. Hiszen tudjuk, hogy olyan mirigynek az implantációs hatása elenyésző lehet, amelyik pedig olyan állatból származik, melynek a szervezetében bőven fordul elő a hormon; a mellsőlebens-hormonnal bőven elárasztott terhes nők hypophysise negatív (Zondek—Aschheim reactiot) eredményt ad a beültetési kísérletkor. Egyébként Higuchinak a castráltak hypophysisének ezt a fokozott hormonhatását előzetes folliculin befecskendezésekkel nem sikerült befolylásolnia.

Ugy az irodalmi adatok, mint eddigi saját kísérleteink alapján a petefészeknek a hypophysis mellsőlebenyre gyakorolt hatását a synergismus és antagonismus szempontjából eldönteni még nem tudjuk. Valószínű, nem hat közvetlenül sem egyszerűen gátló, sem serkentő irányban. A két mirigy között a correlatiót esetleg az idegrendszer bonyolítja le (Hohlweg⁸).

A pubertas kialakulásáért, az első peteérésért számos tényező lehet felelős. Eppen ezeknek az alig ismert, csak sejtett tényezőknek complexumát nevezzük milieunek. Ebbe az ismeretlen valamibe bizonyára számos endokrin mirigynek van beleszólása. A corpus pineale szerepére (Lipschütz¹⁴) is gondolkunk kell. Valószínű a thymus működésének fontossága is.

Schultze—Rhonof és Niedenthal¹⁶) a heidelbergi klinikán kimutatták, hogy míg a hypophysis egymagában implantálva 85%-ban vált ki az éretlen állatban ivarzást, addig thymus egyidejű adagolása mellett ez csak 35%-ban áll be. Ime egy bizonyíték arra, hogy a csecsemő-mirigy az ivarérést gátolja. Thymus-kivonattal azonban nem tudták a kísérletek ugyan-
ezt igazolni.

Kísérleti eredményeinket abban foglalhatom össze, hogy: a fehér egerek nemi érettségének bekövetkezésére nem volt befolyással az, hogy különböző mennyiségű (1, 2, 4, 5, 6 darab) petefészekük volt. Az infantilis petefészeknek activ szerepét a pubertas létrejöttében, — amint azt Kallas — bár fenntartással — véli, — kísérleteink alapján nem tudjuk elfogadni.

Irodalom: 1. Aschner: Gyn. u. Inn. Sekretion (Novák, Budapest—Leipzig, 1927). — 2. Clauber: Klin. Wschr. 1932. 9. — 3. Dahlberg: Klin. Wschr. 1930. 28. — 4. Ehrhardt: Cit. Zondek, Die Hormone, 230. o. — 5. U. az: Neuere Forsch. u. d. Beziehungen zw. Hypophyse u. d. weibl. Genitale (Halban—Seitz VIII. 3. 1594. o.) — 6. Evans: Cit. Zondek, Die Hormone, 134. o. és Amer. Journ. Physiol. 89. — 7. Higuchi: Zbl. f. Gyn. 1931. 31. — 8. Hohlweg: Frankf. Gyn. Congr., Arch. f. Gyn. 1931. 144. kötet. — 9. Kallas: Pflügers Arch. 1929. 223. — 10. U. az: Klin. Wschr. 1930. 29. — 11. Kraw: Arch. f. Gyn. 1932. 148. k. — 12. Leonard, Meyer és Hisaw: Endocrinology 1931. — 13. Lipschütz: Exper. Grundr. d. Eierstockverpfl. (Novák, Budapest—Leipzig, 1930). — 14. U. az: Arch. f. Frauenk. 1930. 3. — 15. Schultze—Rhonhoff és Niedenthal: Zbl. f. Gyn. 1928. 15. — 16. U. azok: Frankf. Gyn. Congr., Arch. f. Gyn. 1931. 144. kötet. — 17. Siegmund: Zbl. f. Gyn. 1932. 15. — 18. B. Zondek: Die Hormone d. Ovar. u. d. Hypophysenvorderlappens (Springer, Berlin) 1931. — 19. Zondek és Aschheim: Klin. Wschr. 1926. 47.

A Pázmány Péter Tud. Egyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

Kísérleti vizsgálatok az orthostatikus albuminuriában.

Irta: Török Sándor dr.

Az orthostatikus albuminuria pathogenesise tekintetében régtől fogva két nézet áll egymással szemben. Az egyik szerint, amelyet különösen régebbi szerzők vallottak, az orthostatikus albuminuria vesegyulladás következménye. Így pl. Henoch kézikönyvében ezt írja: „Bár egyes esetek teljesen kigyógyulnak, mégis az egész kérdés még meglehetősen homályos és egy lappangó nephritis gyanúját sohasem tudjuk teljes biztonsággal kizárni.” A másik nézet szerint a véráramlás mechanikai zavara (pangás) idézi elő. Azok, akik az első nézetet vallották, olyan megfigyelésekre hivatkoztak, ahol az orthostatikus albuminuriából chronikus nephritis fejlődött ki, valamint arra, hogy egyes esetekben heveny fertőző betegségek nyomában keletkezett.

Az újabb szerzők legnagyobb része ugyan eltért ettől a véleményről, de Pollitzer még 1913-ban annak a nézetnek ad kifejezést, hogy az orthostatikus albuminuriák nagy többsége tulajdonképpen a gócos nephritisek osztályába tartozik, amivel Volhard szerint újból felvetődött a kérdés, hogy az albuminaria ezen alakja functionalis, vagy nephritises eredetű-e. Volhard ugyan nem osztja Pollitzer nézetét, de a szövegből, amelyet a kérdés tárgyalásának szentel az világlik ki, hogy a nephritises elváltozásokat ő sem tartja teljesen kizártaknak. Ő ugyanis az orthostatikus albuminaria keletkezésénél mechanikus befolyásoknak (a lordosisnak) tulajdonítja a legnagyobb fontosságot, de emellett igen kisfokú lobos elváltozásoknak lehetőségét nem zárja ki teljesen. Csupán arra figyelmeztet, hogy még az utóbbiak jelenlétében is a kérdés súlypontja ott van, hogy az albuminuria „állás közben orthostatikus jelleget ölt”.

A másik felfogást, amely az albuminuriát mechanikai keringési zavarokkal magyarázza, különösen Jehle ismert megfigyelései és kísérletei támogatják, amelyek szerint az orthostatikus albuminuria az álló helyzetben előálló deréktáji lordosis okozta pangás következménye. Hogy azonban a pangás miképpen jön létre, hogy a veseerek, vagy az ureter vongálása, idézi-e elő, vagy a rekeszizomnak a vena cavára gyakorolt nyomása okozza-e, ezt a kérdést eldöntetlenül hagyja.

Ezzel szemben Schlayer nem fogadja el Jehle nézetét és a lordosis hatását teljesen homályosnak nyilvánítja. Valóban, más magyarázat is lehetséges, mint Jehléé. Lehetséges ugyanis, hogy akár a lordosistól függő, akár a helyzetváltozással járó egyéb erőművi befolyás közvetlen hatást gyakorol a vese véreire és azokat átmenetileg rövid időre gyulladásba hozza. Erre van analogia. A bőrön ugyanis egész rövid ideig tartó gyulladás idézhető elő igen csekély erőművi behatással. Ennek előfeltétele, hogy a bőr erei erőművi ingerléssel szemben túlérzékenyek legyenek. Ilyen bőrön tompa eszköz mérsékelt nyomással történő végighúzása, vagyis a bőr felszínére gyakorolt csekély vongálás és nyomás az ú. n. dermatographismus oedematosus (urticaria factitiát) idézi elő, amelynek lényege, amint azt a szövettani vizsgálat kimutatta, melanocyta gyulladás. Ilyen melékony gyulladás következménye lehetne esetleg az orthostatikus albuminuria is. Ezzel a felfogással kapcsolatban csupán azt kellene feltételezni, hogy a vese, illetve véreire bizonyos erőművi behatásokkal szemben, amelyek a fekvő helyzetnek a felállással felcserélésével kapcsolatosak, túlérzékenyek. És ezt

a felfogást bizonyos megfigyelésekkel még alá is lehetne támasztani, amelyek azt a látszatot keltik, mintha az illető egyénekben ilyen allergiás túlérzékenység tényleg megvolna. Pollitzer említi, hogy orthostatikus albuminuriában szenvedőkön szédülés és émelygés jelentkezhet, ha hosszabb ideig állnak, hogy egyszer-mászor orthostatikus asthmában és fejfájásban is szenvednek. Olyan tünetek ezek, melyek gyakran jelentkeznek az allergiás folyamat kíséretében.

A Jehle-féle nézetet erősen látszik támogatni Heubner-nek és Langstein-nek histológiai vizsgálata, akiknek alkalmuk nyílt egy orthostatikus albuminuriában szenvedő beteg veséjét szövettani vizsgálat alá venni. A beteg más betegségben halt meg, veséjében gyulladásos elváltozások nem voltak kimutathatók.

Bár mi is hajlunk Jehle nézete felé, a fentebb általunk, mint egy lehetőséget előadott hypothesis nem tekinthetjük a Heubner- és Langstein-féle lelet alapján (véglegesen) megcáfolhatónak. Mert hiszen a feltevés szerint igen rövid tartamú gyulladásról lenne szó, amelynek tünetei a histológiai vizsgálat megejtésekor már elmúlhattak. Minthogy pedig szövettani vizsgálatra a folyamat szerfeletti jóindulatúsága miatt nem nyílik alkalom (Heubner-nek és Langstein-nek is csak a véletlen játszott egy ilyen esetet a kezére), de mint már említettük a negatív szövettani lelet alapján nem is zárható ki teljesen gyulladásos folyamat, más vizsgálatokkal igyekeztünk e kérdés tisztázásához némileg hozzájárulni.

Ezen kísérleti vizsgálatokban Ebbecke, Lewis Th., Török L. és tanítványaik (Grant, Lehner, Rajka és Urbán) kísérleteire támaszkodtunk. Ezek szerint a gyulladásos szövetben bizonyos anyagok keletkeznek, amelyeket Lewis a histaminnal azonosított, később histaminszerű anyagnak, illetve „H”-nak hívott, Török és iskolája pedig gyulladásos szövetanyagnak nevezett. Ez az anyag a gyulladás tartama alatt felvétetik a gyulladt szövetből a vérbe és biológiai kísérlettel annak savójában kimutatható. Ez a kimutatás úgy történik, hogy a kísérleti egyén vérsavójának minimalis mennyiségét subepidermoidálisan a bőr papilláris rétegébe fecskendezzük. A befecskendezés helyén csalánfolt keletkezik, amelynek terjedelme, feszültsége és teltsége, valamint hyperaemiás udvara nagyobb, ha gyulladásos folyamat tartama alatt vett vérsavójával végeztük az injekciót. Ilyen kísérletre természetesen csak olyan esetek alkalmasak, amelyekben megvan az alkalom arra, hogy a gyulladás alatt vett vérsavójának a bőrön kifejtett gyulladáskeltő hatását összehasonlítsuk a gyulladás keletkezése előtti vérsavójának hatásával, vagyis főleg experimentális gyulladásoknál; ebben a tekintetben pedig az orthostatikus albuminuria megfelel a kísérleti követelésnek. A gyulladásos szövetanyagnak jelenléte a vérsavóban sokféle bőrgyulladásban volt teljes biztonsággal kimutatható. Még pedig egyaránt olyan gyulladásban, amelyet vegyi anyagok, mint olyanban, amelyet physicalis behatások (hideg, meleg, erőművi insultusok) hoztak létre. E kísérletek közül minket főleg az erőművi behatások által létrehozott dermatographismus oedematosus (urtic. factitiára) vonatkozó érdekelnek, amelyekkel kimutatták, hogy az urticariás duzzanat előidézésé után a kar gyűjtőéréből vett vérsavójának bőrbe fecskendezésével nagyobb csalánfolt idézhető elő, mint azzal a vérsavóval, mely a bőr erőművi ingerlése előtt vett vérből származott. Feltehető volt tehát, hogy abban az esetben, ha az orthostatikus albuminuria gyulladásának következménye, ilyen gyulladásos szövetanyagok kimutatásának éppen úgy kellene sikerülnie, mint a dermatographismus oedematosusban még abban az esetben is, ha ez a gyulladás igen múló természetű volna is. A vesé-

nek és a bőrnek összehasonlítása a szőnyegen levő kérdésre vonatkozólag annál jogosultabbnak volt tekinthető, mert Ebbecke állatkísérleteiben kimutatta, hogy parenchymatosus belső szervek (a máj, vese) véreire kifokú közvetlen erőművi ingerlésre ugyanolyan módon reagálnak, mint a bőr normalis véreire. Ez volt az indoka az alábbi kísérleteink megejtésének.

A vizsgálatokat két betegen végeztük. Az első D. T. 12 éves leány, akit 1931. október 1-én vettek fel a budapesti gyermekklinikára.

Anamnesis: Évek óta bizonytalan fájdalmak a hasban, különösen annak jobb oldalán. Öt napja a fájdalmak fokozódtak. Időnként, különösen testi megerőltetés után szédül és fáj a feje. Néha hányingerekről panaszkodott. Gyakran obstipál. Családi anamnesis negatív. Fertőző betegsége nem volt. Status praes: Normalisan fejlett, gracilis alkatú, halvány arcszínű leánygyermek. A bőrön és látható nyálkahártyákon, valamint a tonsillákon kóros elváltozás nem észlelhető. Nyakon néhány borsónyi mirigy. Mellkasi szervek épek. Has normalisan elődomborodó, a gyomor és ileocecalis táj nyomásra kissé érzékeny, valamint ütőgetésre a jobb vesetájék. Reflexek kiválthatók, normalis intenzitásúak. Három napja obstipált. Jelenleg hányingere nincs. Hőmérsék 36.4. Fehérvérszám 7.100. Pirquet-reactio negatív. Vizeletben mozgás után 10/00 fehérje Esbach szerint. Vizeletüledékben kóros alkatelem nem található. Vérnyomás 116.95 Hg mm.

Egy nappal az első kísérlet megejtése előtt, azaz október 2-án reggel megvizsgáltuk a beteg vizeletét és azt tizenkét órai fekvés után teljesen fehérjementesnek találtuk. A beteg ezután felkelt és az egész délelőttöt ágyon kívül töltötte. A délután 3 órakor ürített vizelet sulfosalicylsavval vizsgálva kifejezett fehérjereakciót adott.

1. kísérlet. Október 3-án a beteg d. u. 3 óráig ágyban marad. Az ezen idő alatt ürített reggeli és délutáni vizelet fehérjementes volt. Ezen albuminuriamentes idő alatt az egyik karvenából 3 cm vért vettünk. D. u. 3 órakor a beteg felkel, egy órával később újból 3 cm vért veszünk a karjából. Az este 7 órakor ürített vizelet fehérje-positív volt. Másnap (október 4-én) az előző napon vett vérből származó serumokat a bal és a jobb scapula alatt intracutan injiciáljuk, ami által két 8—8 mm. átmérőjű csalánfolt keletkezik. Egyik oldalt a fekvés alatti vagyis az albuminuria-mentes időszak alatt vett vérsavóból injiciáltunk 0.10 ccm-t, a másik oldalon pedig ugyanannyit, a felkelés és járkálás utáni időből, vagyis az albuminuriás időszakból származó vérsavóból.

A csalánfoltok körül mindkét oldalt 5 perc múlva egyenlő nagyságú 4—4 cm. átmérőjű hyperaemiás udvar keletkezik, 10 perc múlva eléri mindkét oldalt maximalis nagyságát és 20 perc múlva még megtartja 5 cm. átmérőjű kiterjedését. Estig a csalánfoltok eltűnnek. A csalánfoltoknak kifejlődése és visszafejlődése alatt különbség sem nagyságban, sem teltségben a két oldal között kimutatható nem volt.

2. kísérlet. A bőrgyulladásban és ezek között a dermatographismus oedematosusban is a gyulladásos szövetanyag laesiot követő kb. 20-ik percben volt legnagyobb mennyiségben kimutatható, illetőleg gyulladáskeltő hatása ekkor mutatkozott legerősebben. Ezt tekintetbe véve második kísérletünk-nél a vért a felkelés után számított huszadik percben vettük le a kar vénájából. A vizsgálat lefolyása a következő volt: Október 6-án 19 órai fekvés után, mely idő alatt az ürített vizelet fehérjementes volt a karvenából 6 ccm vért szívunk le, a vérvétel után a beteg gerincoszlopát alapárnázás által lordosisba hozzuk és 10 percen keresztül ebben a helyzetben hagyjuk. Ezután a beteg felkel és 10 percig járkal. Ekkor, azaz 20 perccel a nyugalmi helyzet megszűnte után, ismét 6 ccm vért veszünk a kar vénájából. Másnap (okt. 7-én) a vérsavó elválasztása után egy-egy csalánfoltot készíttünk, mindegyikkel a scapulák magasságában 0.10 ccm. serum intracutan befecskendezésével. A keletkezett csalánfoltok éppen úgy mint az első kísérletekben sem nagyságban, sem időben, sem teltségben nem különböztek egymástól.

Annak a kifogásnak a megdöntésére, hogy a vérsavó esetleg olyan anyagot tartalmaz, amely csupán a vese capillárisokat támadja meg, a bőr ereire azonban hatástalan, a következő kísérletet hajtottuk végre.

3. kísérlet. Tizenhat órai ágynyugalom után, mely idő alatt a vizeletportiók albuminmentességét megállapítottuk, okt. 8-án 4.2 ccm vérsavót, melyet az előző napi albuminuriát előidéző kísérlet huszonkettedik percében vettünk a betegtől, a kar vénájába visszafecskendeztük. A beteget egészen másnap reggelig szigorúan ágynyugalomban tartottuk. Az ezen idő alatt ürít-

tett délutáni és reggeli vizelet teljesen albuminmentes volt. Ezzel a kísérlettel nem sikerült tehát olyan anyagnak kimutatása amely a vesecapillárisok gyuladását és evvel albuminuriát idézne elő.

Ezzel ellenkező eredménnyel jártak azok a kísérletek melyeket a következő esetben ejtettünk meg: O. M. 10 éves leánybeteg, akit 1932. márc. 1-én vettek fel a budapesti gyermek-klinikára.

Anamnesis: Három hónapja bizonytalan localisatiójú hasi fájdalmak. Étvágytalan. Fertőző betegsége nem volt. Székelete rendben. Családi anamnesis negatív. — **Status praesens:** Normalisan fejlett gracilis testalkatú leányka. Nyakon néhány borsónyi mirigy. Sem a tüdő sem a szív nem mutat kóros elváltozást. Hasban kóros resistentia, vagy érzékenység nem tapintható. Állandóan láztalan. Reggel ürített vizelet fehérjementes, felkelés után ürített vizeletben Esbach szerint $20/_{00}$ fehérje mutatható ki.

Beteg a felvétel után két nappal tonsillitist kapott, emiatt hat napon keresztül ágyban feküdt. Ez idő alatt vizelete állandóan fehérjementes volt. Kísérleteinket a betegség lezajlása után kezdtük meg, 1932. márc. 13.-án.

Kísérlet: 12 órai fekvés után, mely idő alatt a vizelet fehérjementes volt, a beteg egyik karvenájából 3 ccm. vért veszünk. Ezután alápárnázással a gerincoszlopot erős lordosisba hozzuk és a beteget 15 percig ebben a helyzetben tartjuk, majd pedig felkeltetjük és 15 percig járkálni hagyjuk. Ezek után újból 3 ccm vért veszünk az egyik karvenából. A lordosus helyzet és járkálás után ürített vizelet fehérje-positív volt.

Másnap márc. 14.-én az előző napon vett vérből származó serumokból 0.1 cm³-t injiciálunk intracutan a jobb és bal scapula alatt, amittől egy-egy csalánfolt keletkezik. A csalánfoltok és hyperaemiás udvaraik átmérőit az injectió után számított 15, 30, és 45 perc múlva mértük le. Az eredmény a következő volt.

Albuminuria mentes időszakból vett vérsérum csalánfoltja: 15 p. múlva csalánfolt átmérője 9×10 mm. Hyperaemiás udvar átmérője 3.3×3.1 cm, 30 perc múlva csalánfolt átmérője 9×10 mm; folt kevésbé feszes. Hyperaemiás udvar átmérője 3.3×3.1 cm, halvány, 45 perc múlva csalánfolt átmérője nem jól mérhető, elmosodottak. Hyperaemiás udvar átmérője 1×1 cm; halvány.

Albuminuriás időszakból vett vérsérum csalánfoltja:

15 perc múlva csalánfolt átmérője 10×11 mm. Hyperaemiás udvar átmérője 3.5×4 cm. — 30 perc múlva csalánfolt átmérője 10×11 mm. Hyperaemiás udvar átmérője 3.5×4 cm. — 45 perc múlva csalánfolt átmérője 10×11 mm. Hyperaemiás udvar átmérője minden irányban 1 cm-mel kisebbek; a folt halványabb.

A kísérletet többször egymás után megismételtük, mindig hasonló eredménnyel.

Ebben az esetben tehát határozott különbségeket lehetett megállapítani a két serum intracutan injectiója által előidézett bőrgyulladás (csalánfolt) viselkedése között. Az orthostatikus albuminuria fellépése után vett vérsavójával előidézett csalánfolt-átmérője csak kevéssel nagyobbak ugyan, de az oedema itt feszesebb, sokkal tartósabb és a hyperaemiás udvar összehasonlíthatatlanul kiterjedtebb és tartama is sokkal hosszabb. Háromnegyed órával az injectio után, a pihenés alatt vett vérsavójával előidézett csalánfolt vízenyője és hyperaemiás udvara már csaknem eltűnt, holott ugyanakkor az albuminuriás időszakban vett vérsavójával létrehozott csalánfoltos oedema még csak keveset veszített eredeti feszültségéből és a hyperaemiás udvar terjedelme csak kevéssel lett kisebb. Ez a kísérlet tehát azt a feltevést támogatja, amely szerint a helyzetváltozással járó erőművi befolyások a vese ereinek mulékony urticaria-szerű gyuladását idézik elő.

A két kísérlet egymással ellenkező eredményének véleményünk szerint az az oka, hogy a második esetben az albuminaria alatt nagyobb mennyiségben kerültek a véráramba gyulladásos (hystaminszerű) anyagok. Ebben az esetben ugyanis a fehérjevizelés foka kétszer akkora volt, mint az elsőben. Ugy látszik, hogy a gyulladásos anyagok csak akkor mutathatók ki a vérsérumban, ha mennyiségük bizonyos fokon túl emelkedik.

Magától értetődik, hogy a kérdést e két esetben végzett kísérletekkel nem tekinthetjük véglegesen megoldott-

nak és alkalomadtán, amely azonban csak ritkán adódik, meg fogjuk őket ismételni.

Ezeknek és hasonló kísérleteknek az ad jelentőséget, hogy a kérdés megoldása más úton alig közelíthető meg. A vese szövettani vizsgálatára, mint már említettük, csak véletlenül nyílhatik alkalom és ezenfelül a fentebb jelzett okok miatt csak több esetben végzett histológiai vizsgálat negatív eredményének tulajdoníthatnánk döntő fontosságot. Ezzel szemben, az olyan vizsgálatok véghezviteléhez, mint aminőket leírtunk, gyermekklinikákon, ha ritkán is, mégis biztosan nyílik alkalom.

Végül e helyen is hálás köszönetet mondok *Hainiss Elemér* egyet. tanár úrnak az esetek szíves átengedéséért és *Csapó József* tanársegéd úrnak, aki szíves volt a kísérletekben segédkezni.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár).

Tejsav meghatározások exsudatumokban és transsudatumokban.

Irta: *Friesz Jenő dr.* és *Mohos Ernő dr.*

Transsudatumok és különféle exsudatumok tejsavtartalmát néhány szerző vizsgálta, akiknek eredményei általában egymással megegyezők.

Barnett és *Mac Kenney* csak a tejsavat határozták meg úgy a vérben, mint a serosus folyadékokban. Szerintük a transsudatumok tejsavtartalma részben megegyező a vérével, részben annál alacsonyabb, exsudatumokban azonban, főleg pedig a genyesekben a tejsavtartalom lényegesen nagyobb, mint a vére.

Margreth nemcsak a tejsavat határozta meg az exsudatumokban és a transsudatumokban, hanem ezenkívül legtöbbször a cukortartalmat is. A vértéjsavat azonban nem mindig határozta meg. Azt találta, hogy a transsudatumokban a tejsav és a cukor mennyisége a vérével megegyező. Exsudatumokban mindig nagyobb a tejsavtartalom, mint a vérben, erősen gyulladásos és genyes exsudatumokban pedig igen nagy. A cukortartalom pedig fordított viszonyban van a tejsavval, mert savós izzadmányokban kifejezetten, genyes és erősen gyulladásos exsudatumokban lényegesen kisebb, mint a vére.

Transsudatumokban a tejsav- és cukortartalom *Scheller* szerint is megegyező a vérével. Exsudatumokban ő is a reciprok arányt találta a tejsav- és a cukortartalom között. Egyedül ő közül néhány tumoros esetet is. Egyizben olyan leletet talált, mint az exsudatumokban, két tumoros ascitesben pedig a tejsavtartalom nagy volt anélkül, hogy a cukortartalom kisebb lett volna.

Újabban *Herms* vizsgált nagyobb anyagot és ugyanazt találta, amit az előbbi szerzők. Az empyemák minden esetében, az erősen sejtűs izzadmányoknak pedig 40%-ában találta a cukortartalmat 35 mg % alatt, a tejsavtartalom pedig ennek megfelelően fordított arányban erősen megnagyobbodott. Szerinte a cukor- és tejsavtartalom reciprok viselkedése bizonyítja, hogy a sejtűs exsudatumokban végbemenő glycolysisben közbeeső vegyületek keletkeznek, melyek között fontos a tejsav.

Az összes szerzők tapasztalatai tehát nagyjában megegyeznek abban, hogy a transsudatumok tejsav- és cukortartalma megegyező a vérével és hogy az exsudatumok minőségétől függően többé-kevésbé nagyobb, mint a vére, a cukortartalom pedig a tejsav mennyi-

ségével fordított viszonyban van. A tejsavtartalom meg-nagyobbodása a leukocyta okozta glycolysis következménye. Bő leukocyta tartalmú, genyes izzadmányokban ugyanis igen sok a tejsav, a cukor pedig igen kevés. sokszor csak éppen kimutatható.

A közölt tumoros esetek száma kevés és az eredmények ellentmondóak, belőlük következtetések le nem vonhatók.

Mi megvizsgáltunk összesen 8 carcinomás, 5 gyulladásos exsudatumot és 5 transsudatumot. Meghatároztuk egy időben úgy a vérben, mint a punctatumban a tejsavat és a cukrot éhgyomorra. Vizsgáltuk ezenkívül a punctatumban a fehérjetartalmat és az üledéket is. A tejsavat Fürth-Charnass, a vércukrot Folin-Wu szerint határoztuk meg.

1. táblázat.
Carcinomás exsudatumok.

Diagnosis	Tejsav mg %		Cukor mg %		Albumen %	Üledék
	vér	exsud.	vér	exsud.		
Cc. pleur.	17,2	32,8	98	74	5,10	Kevés segment. Sok lymphocyt.
Cc. perit.	9,4	17,1	90	72	5,10	Lymphocyt.
Cc. pleur.	7,3	10,3	94	88	6,11	Lymphocyták Tumorsejtek
Cc. perit.	11,3	15,6	170	163	6,10	Vörös vörsejtek
Cc. perit.	12,8	20,8	104	105	3,65	Vörös vörsejtek Tumorsejtek?
Cc. perit.	11,2	22,0	93	86	3,50	Tumorsejtek?
Cc. perit.	6,0	11,2	109	105	4,89	Polymorph sejt csoportok
Tumor abd.?	4,1	7,5	93	91	4,56	Sok segment kevés monocita
Középérték	9,9	17,3	106	98	4,88	

A vértéjsav egy eset kivételével mindig normalis. Az exsudatum tejsavtartalma pedig minden egyes esetben kifejezetten, többször 100%-kal, középértékben 70%-kal nagyobb, mint a véré. Az exsudatum cukortartalma két esetben valamivel alacsonyabb, mint a véré, a többi 6 esetben azonban megegyezik a vérével a kísérleti hibahatárokon belül. Középértéket számítva, a vér és az exsudatum cukortartalma egyforma.

A fehérjetartalom minden esetben exsudatumnak megfelelő. Az üledékben legtöbbször lymphocytákat, vörösvörsejteket, több esetben tumorgyanus sejteket, csoportosan elhelyeződő hámsejteket és egyízben nagyobb számú leukocytát találtunk. Az üledék milyensége és a tejsav- és cukortartalom között összefüggés nem volt kimutatható.

2. táblázat.
Nem carcinomás exsudatumok.

Diagnosis	Tejsav mg %		Cukor mg %		Albumen %	Üledék
	vér	exsud.	vér	exsud.		
Pleur. exsud.	8,0	49,8	95	nyoma	4,48	Több segment. kevés lymphocyt.
" "	5,5	10,8	75	61	6,27	87% lymphocyt.
Tbc. Pleur. exs.	13,5	42,5	117	45	5,74	Sok lymphocyt.
Pleur. exsud.	5,0	22,0	72	53	5,10	Vör. vörsejtek, lymphocyták
" "	8,0	28,0	101	59	5,00	—
Középérték	8,0	31,0	92	44	5,72	—

A vértéjsav mind az 5 esetben normalis, egyben van a felső határon. Az exsudatum tejsavtartalma azonban minden esetben kifejezetten, de legalább 100%-kal nagyobb a vérénél. Középértékben az exsudatumok tejsavtartalma négyszerese a vérének. A cukormennyiség

az izzadmányban mindig kifejezetten kisebb, mint a vérben, középértékben feleannyi. Bizonyos reciprocitás határozottan kimutatható az izzadmányok tejsav- és cukortartalma között, bár nem mindig, mert néha ott alacsonyabb a cukorérték, ahol a tejsavtartalom nagyobb. Az összefüggés sokkal állandóbb, ha tekintetbe vesszük a vércukorértéket is és azt hasonlítjuk össze az exsudatum tejsav- és cukortartalmával. Ekkor ugyanis kiténik, hogy általában minél nagyobb a különbség a vér és az exsudatum cukortartalma között, annál nagyobb az izzadmány tejsavtartalma. A középértéket véve alapul, a vércukortartalom felének megfelelő exsudatumcukor megfelel a vértéjsavnál négyszeresen nagyobb tejsavtartalomnak az exsudatumban. Ez az arány nagyjában az egyes esetekben is kimutatható. Mindez amellett bizonyít, hogy az exsudatum tejsavtartalmának növekedése a cukortartalom rovására történik, mindenestre glycolysis következtében.

A fehérjetartalom minden esetben 4% felett volt exsudatumnak megfelelően.

Ami pedig az exsudatumok sejtartalmát illeti, a leukocyta csak egy esetben voltak túlsúlyban, abban az esetben, hol a cukortartalom is a legkisebb volt. Úgy látszik azonban, hogy a cukorbontást nemcsak a leukocyta segítik elő, hanem a többi sejtek is, mert az exsudatumok nagyobb részében főleg lymphocytákat találtunk az üledékben és mégis volt glycolysis. Ezen kívül még valószínűleg az exsudatum fennállásának időtartama és a baktériumok is szerepet játszanak.

3. táblázat.
Transsudatumok

Diagnosis	Tejsav mg %		Cukor mg %		Albumen %	Üledék
	vér	transsud.	vér	transsud.		
Pleuro-pericard adhaes. Hydrothorax	15,4	14,1	90	64	0,35	
Struma substern Hydrothorax	6,4	8,2	118	119	3,65	Néhány lymphocyt. 50-100 vörösvörsejt
Myodegen. Hydrothorax	7,7	9,4	121	117	4,58	Sok laphám, lymphocyt., kevés segment.
Portalis pangás	16,1	9,3	96	103	1,01	Segment. és lymphocyt. egyenlő mennyiségben
Cirr. ascites	13,7	13,3	97	89	0,83	Kevés vvs. fvs. főleg lymphocyt.
Középérték	11,9	10,9	104	98	2,08	

A vértéjsav két esetben több, egyben pedig a normalis felső határon van. A transsudatum tejsavtartalma csak egy esetben nagyobb igen kevéssel mint a véré, 3 esetben vele megegyező, egyben pedig annál lényegesen kisebb, tehát egy esetben sem kifejezetten nagyobb, mint a véré. Középértékben vele megegyező, annál talán valamivel kisebb.

A cukortartalom a transsudatumban csak egy esetben kisebb mint a véré, melyben azonban a transsudatum és a vér tejsavtartalma egymással megegyező. A többi 4 esetben a vér és a transsudatum cukortartalma egyforma. Középértékben a transsudatum cukortartalma valamivel kisebb mint a véré.

A fehérjetartalom két esetben 3% felett volt, azonban a klinikai tünetek alapján mégis mindkettőt transsudatumnak kellett tartanunk. Az üledékekben pedig csak néhány laphámsejtet és lymphocytát találtunk.

Vizsgálataink szerint tehát a tejsav lényegesen több az exsudatumban, mint a vérben, annak középértékben kb. a négyszerese, a cukor azonban ellenkezően kifeje-

zetten kevesebb, középértékben kb. a feleannyi, mint a vérben. Nyilvánvaló, hogy az exsudatumok tejsavtartalmának növekedése azok cukortartalmának rovására, a glykolysis következtében történik. A glykolysist nagyrészt a leukocyták mozdítják elő, úgy látszik fermentumaik útján, aminek következménye azután, hogy a több leukocytát tartalmazó exsudatumok tejsavtartalma lényegesen nagyobb, mint azoké, melyekben a leukocyták száma kicsiny.

A transsudatumokban a tejsav és cukortartalom nagysága körülbelül megegyezik a vérével, annál talán valamivel alacsonyabb. Itt glykolysis nem mutatható ki, a tejsav és cukortartalom bizonyára a vérből való, transsudatio következménye.

A carcinomás exsudatumokban a tejsavtartalom mindig kifejezetten, középértékben 70%-kal nagyobb, mint a vérben. A cukortartalom azonban nem olyan, mint az exsudatumokban, hanem olyan, mint a transsudatumokban, vagyis ugyanolyan, vagy alig kevesebb, mint a vérben. Ebből következik, hogy carcinomás exsudatumokban a tejsav megsaporodása nem lehet glykolysis eredménye, mert a cukortartalmuk viszonya a véréhez ugyanolyan, mint a transsudatumoké. Ha pedig a carcinomás exsudatumok nagyobb tejsavtartalma nem magyarázható glykolysissal, akkor fel kell tennünk, hogy a tejsav megsaporodása a carcinomás szövetek anyagcseréjének eredménye, ami megfelel Warburg vizsgálatainak, melyek szerint a carcinomás szövet bőven képez tejsavat.

A punctatum és a vér tejsav- és cukortartalmának meghatározása felhasználható klinikai célokra is. Minden esetben, ha az exsudatumban kifejezetten, de nem sokkal több tejsavat találunk, mint a vérben, egymással megegyező vér- és exsudatumcukor mellett, akkor az tumor-gyanu esetén az izzadmánynak carcinomás eredete mellett szól. Mivel a tejsavmeghatározás eléggé bonyolult és nagyobb gyakorlatot igényel, elegendő csak a vércukornak és az exsudatum cukortartalmának a meghatározása is és amennyiben az exsudatumban a cukor lényegesen kevesebb, mint a vérben, akkor az exsudatum gyulladáshoz eredete mellett szól, ha pedig a két cukor-érték között a különbség csak csekély, akkor ez az exsudatum carcinomás eredetét erősíti meg.

Irodalom. Barneth és Mac Kenney: Ref. Zbl. inn. Med. 44. k. — Scheiler: M. M. W. 1926. 45. sz. — Margreth: Ref. Zbl. inn. Med. 56. k. — Herms: D. Arch. klin. Med. 172. k.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A vérben található Charcot-Leyden kristályok differenciáldiagnostikai értéke acut leukaemiás leukosisokban. Jabłkow. (D. Arch. kl. Med. 173. k. 6. f.)

A leukaemiás myelosis és lymphadenosis differenciáldiagnózisában úgy a morphologia, mint a functionalis reakciók (oxydase, peroxydase, protease) nagy szereppel bírnak. A myelosisok és lymphadenosisok megkülönböztetésére igen értékes módszer a leukaemiás vér kultiválása. A leukaemiások lymphocytaculturáiban soha sem lehet in vitro granulopoesist megfigyelni, míg a myeloblastkulturákban igen hamar, néha már 1—2 óra után a granulocyták bőséges fejlődése látható. Az explantációs methodus tehát sikerrel használható fel a differenciáldiagnostikában. Az elkülönítő kóriszmézésben szintén jó szolgálatot tesznek a vérben található Charcot-Leyden kristályok, melyek acut myelosisokban fellelhetők, míg acut lymphadenosisokban nem. A Charcot-Leyden kristályokat eddig a legtöbb szerző csak leukaemiás hullák szöveteiben találta meg, Westphal élőből léppunctio által nyert nedvben. A kristályok eredetét a legtöbbben a vérben található eosinophyl sejtekben keresik, de basophil és neutrophyl granulatiók esetében is feltalálhatók.

A vizsgálat véghezvitele igen egyszerű. A friss vérben kristályokat nem tudott kimutatni. A kristályok néha már 20 perc, leggyakrabban azonban a vérnek csak 3—6 órai állása után láthatók. Lehetséges, hogy ezen idő és a betegség súlyossága között egyenes arány áll fenn. Míg kezeletlen esetekben a Charcot-Leyden kristályok hamar és könnyen feltalálhatók, addig a besugárzott esetekben ez már nehezebben, illetőleg egyáltalában nem sikerül. Adrenalininjectio után (1 ccm 1:1000 oldat.) a fehérvérsejtszám átlag 78%-al szaporodott meg, a kristályok az injectio után sokkal gyorsabban és könnyebben találhatók fel. Egy in vivo véghezvitt sternumpunctióban a punctio után 15—20 perccel a punctatumban is talált kristályokat. Myeloid leukaemia egy esetének sectiójában az összes vérképzőszerv (csontvelő, lép, nyirokcsomó, máj) mintegy el volt árasztva Charcot-Leyden kristályokkal. Más eosinophylliával járó betegségekben (asthma bronchiale, májechinococcus, kifejezett vagotonia, leukaemiás vérképet mutató sepsisekben) a kristályok sohasem voltak kimutathatók.

Molnár István dr.

Parotishypertrophia, mint a diabetes tünete. E. Flaum, (Klin. Wscr. 1932. 41. sz.)

A szerzőnek feltűnt, hogy diabeteses betegeknek gyakran van parotishypertrophiájuk, mely arcuknak jellegzetes karaktert ad. Miután további megfigyelései során a subjectiv component ki akarta kapcsolni, nem a diabeteses betegek parotitisát figyelte, hanem úgy járt el, hogy az ambulantián kiválogatta azokat a betegeket, kiknek parotitisát feltűnően nagyra találta és ezeknek a vizeletét vizsgálta. Ilymódon kiderült, hogy 27 parotishypertrophiás egyén közül valóban 16-nak volt diabetese és a többi 11 betegben is — kiknek vizeletében nem volt cukor — csökkent szénhydrattolerantiát talált. A parotishypertrophia főleg arra a typusra jellemző, melyet Schmidt „Überdruckdiabetes”-nek nevez. Miután az utóbbi évek vizsgálatából kiderült, hogy a parotistnak a szénhydratanyagcserére ható belsősecretiós működése is van, a szerző lehetségesnek tartja, hogy a parotis duzzanata compensációs jelenség.

Czoniczér dr.

Szülészet.

A gyermekági sepsis lényege, az infectio tovaterjedésének útjai és gyógykezelése. Sommer Kurt. (Zschr. f. Geb. u. Gyn. 101. k. 3. f.)

Számos kórtörténeti kivonattal azon felfogáshoz igyekezik bizonyítékot szerezni, hogy a septikaemiát és a pyaemiát, főleg a megbetegedés kezdetén nem lehet egymástól elkülöníteni, mindkettőben az infectiónak a nyirokutakon tovaterjedése áll előtérben.

Normalis szülés után is 48 óra múlva már bakteriumokat tartalmaz a méhür, de ebből csak kevés esetben betegszik meg az egész genitális apparatus és még kisebb százalékban válik általánossá az infectio. A láz rendszeres continua jellegű, de nagyobb mennyiségű mérge felszívódását hidegrázás is kísérheti. A hidegrázás nem a bakteriumok invasio közvetlen következménye, azzal időbelileg sem esik egybe. A hidegrázás tetőpontján a vérben bakteriumokat kitenyészteni már alig sikerül. A hidegrázást a szervezetnek toxinnal történő elárasztása okozza, amely toxin vagy a vérben keringő bakteriumok testéből szabadult ki, vagy más inficiált helyről, pl. endometriumról szívódott fel.

Ha a bakteriumok penetráló ereje áttöri a granulatiós gyűrűt, az endometritis puerperalisból általános sepsis fejlődhet ki. Az infectiónak a nyirokutakon történő tovaterjedésével szemben a szervezet védekezése általában eredménytelenebb, gyengébb, mint az endovenosus propagatióban, ahol az endophlebitikus gócotak thrombus képződéssel igyekezik kirekeszteni. Az infectio legfontosabb útja egyrészt az ereket kísérő nyirokpályákon át vezet, másrészt a parametriumban, mint interstitialis phlegmone, terjedhet tovább. Az előbb említett úton a bakteriumok a vena hypogastricát és iliacát kísérő nyirokereken keresztül a ductus thoracicuson át a vérpályába jutnak. A véreerek, elsősorban a vénák másodlagosan betegszenek meg a lymphangioitistól, illetőleg a parametran phlegmonától. Az esetek túlnyomó többségében a thrombophlebitis ilyen másodlagos úton jön létre, a tisztán haematogen kialakulása kivételt képez. Eppen ezért nem is ismeri el a pyaemiát és thrombophlebitist önálló kórképnek. Azok a sepsis folyamán az erek másodlagos infectiójából alakulnak ki.

A pyaemia kórképe csak akkor válik karakteristikussá, ha az infectio elsődleges helye, az endometritis, meggyógyult,

a bakteriumoknak lymphogen úton beözönlése megszűnt s azok már csak az elgenyedt thrombusból jutnak a véráramba. Ekkor alakul ki a pyaemiának nevezett kórkép.

A sok metastasis jellegzetes sajátága a staphylococcus fertőzésnek, streptococcus infectióknak lényegesen kisebb számban fordulnak elő. Valószínű tehát, hogy ezek a metastasisok is lymphogen úton keletkeznek.

A pyaemiát és a sepsist a megbetegedés elején egymástól elkülöníteni nem lehet. E kérdésben a hidegrázás nem lehet döntő, mert sok esetben annak ellenére is localis marad a fertőzés. *Ezért helyesebb volna a pyaemia elnevezést teljesen elhagyni s csak általános infectióról beszélni.* Ha az elsődleges fertőzés helye meggyógyult s a secundaer góc tünetei lépnek előtérbe, jelöljük a kórképet ezen másodlagos góc szerint, pl.: sepsis peritonitissal, sepsis endocarditissal, vagy sepsis thrombophlebitissal stb.

A sepsis terapiájában leglényegesebb a szervezet védekező erejének a támogatása. Az operatív kezelés csak másodszorban jöhet szóba. A diéta kezelés mellett fontos szerepe van az alkoholnak és az antitoxin serumoknak. Igen jó hatást látott az állandó cseppinfúziótól strophantin vagy suprarenin hozzáadásával. A megbetegedés elején jó szolgálatot tesz az euthagentol (ezüst-kén-cukor). Pyosalpinxok, pyovarriumok korai megnyitása meggyógyíthatja, vagy megelőzheti a sepsis kifejlődését. Parametran incisiokat gyakrabban kéne végezni, még el nem genyedt esetekben is, mert a fertőzött nyirokutaknak jó levezetést adnak.

Az uterus exstirpációja csak gas bacillus okozta fertőzéskor indokolt. A vena lekötése szerinte nem alkalmas eljárás ahhoz, hogy a primaer gócot kirekessze, de a betegség során kialakult metastasis kezelésére néha szükségessé válhat. *Korai lekötés célra nem vezethet, mert a megbetegedés elején a csíra invasio lymphogen és nem haematogen úton történik, a pyaemia csak a betegség későbbi szakában fejlődik ki.* A vena lekötésének csak ott lehet valóban gyógyító hatása, ahol csak egyetlen fertőzött thrombus árasztja el a szervezetet bakteriumokkal a lymphaticus propagatio megszűnte után is. Ezeket az eseteket kiválasztani azonban rendkívül nehéz.

Raisz dr.

Gyermekegyógyászat.

A kanyaró epidemiológiájáról. A. Dormidontov. (Arch. f. Khk. 97. k. 148. o.)

1928-ban Wladimirban vándorcirkusz letelepedése kapcsán, ahol a majmok kanyarósak voltak, az ott megfordult gyermekek szintén kanyaróban betegedtek meg, — érdekes megfigyeléseket tettek a kanyaró contagiositására majomról emberre.

Az incubatio 8—16 nap volt. A halálozási arányszám a normálnál 11-szer kisebb. Ném minden gyermek betegedett meg, aki fertőzésnek ki volt téve. Végül 2 esetet ír le, ahol kanyarót régebben kiállt gyermekek ismételtén megbetegedtek.

László Margit dr.

További tapasztalatok az ekzema infantum trophalleriájáról. György, Moro és Witebsky. (Kl. Wsch. 28. 1172.)

Szerzők tojásfelhérjén kívül tej, liszt, főzelék és gyümölcs-kivonatokkal végezték cutan, intracutan és Prausnitz-Küstner-féle reactiót, de csak ritkán találtak pozitív reactiót. Ebben az esetben az illető táplálék elhagyásával prompt eredményt értek el.

Táplálékul a tehéntej helyett ilyen esetben mandulatejet sójababliszttal adtak.

Veszelszky dr.

Encephalitis rubeola után. J. Siegl. (Arch. f. Khk. 97. k. 4. f.)

Rubeolával kapcsolatban encephalitist eddig senki sem észlelt. 9 és fél éves kisleánynon a biztosan diagnosztizált enyhe lefolyású rubeola után 4 nappal encephalitis lépett fel, láz, fejfájás, motorikus nyugtalanság, incontinentia urinae tüneteivel. Lumbalpunkciókor tiszta liquor ürült, normalis nyomással, fehérjereactiók negatívak, sejtszám 33. 3 nap alatt teljes, nyom nélküli gyógyulás.

Csoma Eszter dr.

A halál okáról acetonaemiás hányáskor. F. Goebel. (Arch. f. Khk. 97. k. 3. f.)

Szerző egy 11 hónapos fiúcska csillapíthatatlan hányásáról számol be, ahol a hányás oka volvulus volt, amit a sectio derített ki. Betegségének 4-ik napján került felvételre, erősen lesoványodott állapotban beesett hassal, nagyfokú kiszáradás tüneteivel. Vizeletében nyomokban fehérje, cukor, acetón minden vizsgálatban negatív. A 6—7. napon az exsiccosis jeleképpen magas láz, collapsus, görcsök, öntudatzavar lépett fel, majd exitus. Peritonitist a boncolás nem derített

ki. Acetonaemiás hányásban, ahol csillapíthatatlan hányáskövetkeztében hasonló tünetek között következik be a halál, az exsiccosisnak jelentékeny szerepet tulajdonít.

Csoma Eszter dr.

Urologia.

A felső húgyutak reflectorikus viselkedése és annak jelentősége a kiválasztásos pyelographiában. Dr. Félix Fuchs. (Zschr. urol. Chir. 35. k. 3—4 f.)

A kiválasztásos pyelographia alkalmával normalisnak tekinthetjük a képet, ha a felső húgyutak üregét a contrastos vizelet jól feltünteti. Tudjuk viszont, hogy az ureter lumene zárt és azon a vizelet szakaszokban ürül. Kérdés, hogyan keletkezik hát az ureter contrastos képe röntgenfelvételen?

Pflaumer szerint az ureter állandóan tartalmaz vizeletet. Boeminghaus vizsgálatai alapján, csak nagyobb mennyiségű vizelet kiválasztása alkalmából telik meg az ureter és a peristaltica az egész mennyiséget viszi a hólyagba. Valószínű hogy az i. v. pyelographiához használt anyagok erős diuersist okoznak, s ez az oka, hogy a röntgenfelvételen telt uretert kapunk.

Allatkísérleteket végzett, majd emberben kiválasztásos pyelographiában szerzett megfigyelései alapján a következőket állapította meg. Üres hólyag és kevés vizelet elválasztás mellett a felső húgyutak üregei zártak, telt hólyag s erős diuresis mellett a felső húgyutak lumene feltárul; vesemedence; ureter megtelik vizelettel. A húgyutak tágulását s szűkülését reflex szabályozza. A húgyutak reflectorikus megszükülésének hiánya jellemző a felső húgyutakban keletkezett fertőzésre és pangásos állapotra. Az alsó húgyutak által okozott tágulást szintén reflexszel szabályozza. Ezeket a reflectorikus jelenségeket therapiás célokra is fel lehet használni.

Illyés Endre dr.

Fülgyógyászat.

A terheesség művi megszakításának kérdése otosklerosisban. George (Fol. oto-clar 23. k. 1—2 f.)

Az itt megválaszolandó kérdések a következők: 1. Súlyosbodik-e az otosklerosis terheesség esetén? 2. Biztosan súlyosbodik-e s ha igen, milyen feltételek mellett? 3. Súlyos egészség károsodásnak fogható-e fel rosszabbodása esetében a törvény szellemében? 4. A terheesség megszakítása tényleg az egyedüli eszközünk-e a fülfolymat rosszabbodása ellen? 5. Mik az indicatiók?

Ad 1. Az otosklerosis heredodegenerációs megbetegedés s mint ilyen az élet folyamán fokozódik s szervezet belső secretió nagy eseményeivel kapcsolatban, mint amilyen a pubertas, graviditas puerperium, lactatio, climacterium, lőkesszerűleg rosszabbodik.

Ad 2. A szerző megfigyelései szerint minden esetben rosszabbodik graviditásban, legfeljebb csak fokozati, individualis különbségek vannak ebben a rosszabbodásban. Így súlyosabb terheességben a családi anamnesisben s az egyénben, ahol nagyfokú korai otosklerosis mellett esetleg még más constitutionalis bajok is jelen vannak (osteomalacia, osteogenesis imperfecta, idegbajok), az otosklerosis jelentős rosszabbodása várható.

Ad 3. A nagyfokú sükettség s az ezzel járó subjectív tünetek (fülzugás, sensatiók), mely utóbbiak öngyilkossághoz vezetnek nem egyszer, a szükségzavú törvény szerint is súlyos egészségkárosodásnak tudhatók be. Különösen, ha kenyérkereső betegről van szó.

Ad 4. A legújabb vizsgálatok biztató kilátásai ellenére sincs ma még birtokunkban az otosklerosis gyógyszerre. Tehát adott esetben nincs egyéb eszközünk a baj megállítására, mint a terheesség megszüntetése.

Ad 5. Az indicatiók a fenti feleletekből adódnak tehát, csak nagy gondnal, körültekintéssel és lelkiismeretességgel kell felállítani azokat.

A füleredetű sepsis műtét utáni lázmenete. Leidler Rr. (Mschr. f. Ohrh. 66. é. II. f.)

A teljesen rendszertelennek látszó septikus lázmenetet tette a szerző pontos vizsgálat tárgyává 72 füleredetű általános vérmérgezés esetében. A legmagasabb lázakat alapul véve a sepsisre tipikus lázvonalat észlelt. A lázminimumok is típusosan alakulnak, nem paralelek mindig a maximum alakulásával, sőt az a gyakori, amikor a minimumok vonala önállóan, mintegy a sajátos törvények szerint alakul. Mielőtt a lázmenet törvényszerűségeit megmagyarázná a szerző, tisztázni kívánja a sepsis mibenlétét: A legújabb elfogadott felfogás szerint a szervezet ú. n. septikus reactiója a legkülfőbb kórokozók szemből is, nincs egyenes arányban az elsődleges kiindulási góc kórbonctani elváltozásainak sú-

lyosságával. A lázmaximumok és minimumok vonala két ellentétesen ható erő küzdelmét látszik feltüntetni, melyek közül az egyik a szervezet hőreguláló berendezése, melyről feltehető — bár bizonyítva nincs —, hogy a hőmenetet igyekezik a normalisra csökkenteni, hogy a szervezet védekező erői újabb erőre kapjanak; a másik a fokozott hőtermelést létrehozó kórokozó (ebből az következik, hogy ott működik a legnormalisabban a hőreguláló berendezés, ahol a minimumok vonala a legkisebb kilengést mutatja). Jellemző a sepsises lázmenetre az is, hogy a betegek igen jól tűrik a nagyfokú intermissiókat, illetve remissiókat: ezek nem okoznak collapsust, sőt megkönnyebbülést váltanak ki. *Saxl* ezen remissiókat a hőreguláló központok kimerülése, illetve magához térésével magyarázza. A szervezetben lejátszódó védekező folyamatok is nagy mértékben befolyásolják a lázmenetet. S minthogy a védekezőképességnek egyik eredője a vérkép különböző változása, főleg a vérképző szervek viselkedését illetőleg — igen értékes adatokat nyerhetnénk a fülledtetű általános vérmérgezés kérdésének tisztázásához, ha pl. óránkénti vérvizsgálatokat végezve, a kapott eredményeket összehasonlítanánk időben egybeeső hőmérsékletekkel. A 72 eset pontos részletezése és statistikája egészíti ki a tanulmányt.

Krepuska István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Gesamte Kosmetik (Entstellungsbekämpfung). *Martin Gumpert.* (Leipzig, Thieme, 1931. 228 l.)

A gépeknek mindinkább előretörése óta, főleg azonban a világháborúban rengeteg ember szenvedett el oly torzító sérüléseket, melyek feltűnő, visszatartó volta az illetőre igen súlyos társadalmi ártalmat képez. Ezzel szemben a mai divat, mely jóformán már a meztelenség kultuszává fejlődött, mindinkább feltárja a test felszínét vagy legalább alig burkolja el annak formáit. A nyitott nyak és kebel, fűző nélküli rövid ruha, a kalap mellőzése mindent sejtethetővé, sőt láthatóvá tesz — általános lett tehát a közönség körében a vágy a testnek formássá, a bőrnek üdévé tételére, vagy legalább arra, hogy egészségesnek, fiatalnak lássék. A hajzat, ajkak és az arc kifestése, a manikűrözés, szőrök epilatioja, pillaszőrök felragasztása stb. már nem elégíti ki a közönséget. A vegyi gyárak ontják az új szereket; a villamos technika egymásután szerkeszti az új diathermiás, desiccáló, coaguláló, besugárzó stb. készülékeket, a sebészetnek pedig egészen új ága, a „chirurgie esthétique” keletkezett, mely az emlők felvarrása, a ráncok, a hegek kiirtása, a pittedt ajkak, elálló fülek, lelogó tokák rendbehozatala stb. útján törekszik pseudoifjúságot, látszat-egészséget varázsolni a szerencsétlenül járt — vagy szerencsésen járt óhajtok testének felszínére.

Az ilyen új eljárásokkal foglalkozó irodalom az utóbbi években hirtelen fellendült — nagy monographiák mellett rövid összefoglalások, egyéni eljárás-gyűjtemények stb. jelentek meg, főleg német és francia nyelven. Ezek egyike *Gumpert* munkája, mely igen röviden, de azért történeti és művészeti reflexiókkal tárgyalja az egész anyagot, még a társadalmi vonatkozásokra és a német államokban érvényes jogszabályokra is kiterjeszkedve és ismertetve úgy az újabb chemiai, mint physikai és a sebészeti eljárásokat; 45 ábrával díszített műnek elolvasása érdeklődő kezdőknek igen ajánlható.

Nékám prof.

Physikalische Therapie der Frauenkrankheiten. *Felix Gál.* (1932, Urban—Schwarzenberg, Wien—Berlin, 236 oldal, 67 ábra. Ára 8.50 M.)

Az orvostudomány folytonos fejlődésében az egyes gyógyítójárások is váltakoznak; a hosszú időn át tökéletesnek tartott módszerek idővel a még tökéletesebb váltja fel. Ez a megállapítás különösen vonatkozik a nőgyógyászat physikalis terápiájára, mely az utolsó három évtizedben nagy átalakuláson ment keresztül. A múlt század utolsó éveiben felfedezett röntgen- és rádiumsugarak a nőgyógyászati physikalis terápiának is új korszakát nyitották meg és azt rövid idő alatt nagy jelentőségre emelték.

A kiterjedt irodalmi munkásságból ismert nevű magyar szerző német nyelven megírt könyvében feladatául a nőgyógyászati physikalis terápiának ismertetését tűzte ki. A nagy anyagot felölelő tárgykörből alapos tudásának és jártasságának megfelelően biztos kézzel választja ki a lényeges alkotó részeket. Ennek a kritikus megválogatásnak köszönhető, hogy aránylag rövidre szabva is, választott tárgyanak alapos ismertetését nyújtja.

A nőgyógyászatban használatos physikai gyógyító tényezőknek: a röntgen és rádiumsugaraknak, a fény, hő, für-

dők, massage, torna és végül az elektromosságnak a szervezetre gyakorolt hatásait ismerteti elsősorban. Majd az egyes kezelési módokra alkalmas női megbetegedéseket tárgyalja részletesen. E fejezetben különösen kiemeli a sugaras terápiának fontos szerepét a különböző vérzési rendellenességek és a rosszindulatú daganatok gyógyításában. Az indiciós határok pontos megjelölésére mindenütt nagy gondot fordít. Végül a technikai részben az egyes physikalis gyógyítómódok gyakorlati kivitelét röviden tárgyalja.

A mindvégig élvezetesen megírt, alapos felkészültségre valló munkájával a szerző kijelölt célját, a jó tankönyv megírásának nehéz feladatát sikeresen oldotta meg. A *Tóth* professor vezetése alatt álló női klinika gazdag anyagán szerzett sok éves tapasztalata mintegy vörös fonálként vonul végig az egyes fejezeteken. Így valóban egyéni munkát nyújt, melyet a szakember és gyakorlóorvos egyaránt élvezettel és haszonnal olvashat.

Gál Félix munkáját mesterének, *Tóth* professornak ajánlja, aki szép előszó keretében mutatja be a szerzőt olvasóinak.

Büben Iván dr.

Internationaler ärztlicher Fortbildungskursus. Karlsbad, 1931. *Gustav Fischer, Jena, 1932. 508 oldal.*

Az 1931. évi karlsbadi orvosi továbbképző tanfolyam 22 előadójának közül 11 volt német, 4 cseh, 2 orosz és 1—1 angol, holland, lengyel, magyar, illetve olasz. Előadásaik szövege 480 nyomtatott oldalt tölt ki.

Fülleborn ascaris-előadása szép, kerek, kis monographia, *Gollwitzer-Meyer* előadása a peripherikus keringésről jó összefoglalás. Igen érdekes *Mansohn-Bahr*-nak, *Manson*-ról, a tropuszi orvostan megalapítójáról tartott előadása. Kitűnő és bölcs *Boas* előadása az ulcus pepticum gyógyításának pillanatnyi és későbbi eredményeiről. Elolvasásra méltó *van der Reis* előadása a vékonybélbetegségekről, az orvostudomány ezen annyira sötét, de el is hanyagolt területéről és *Czyjowicz* előadása az abortusok késői következményeiről. *Fornet* a gyomorműködésnek szentelt önálló kísérletes vizsgálódásairól számolt be. Kiemelendő még az orosz *Buchstab* ügyes elmefuttatása a rheumatizmus jelenlegi klinikai problémáiról.

Igen tartalmas, gyakorlati hasznú könyv, melyből a gyakorló orvos az orvostudomány széles körére kiterjedő, a felvetett kérdések mai állásáról hű képet nyújtó ismereteket szerezhet.

Hetényi Géza dr.

Diaetvorschriften bei inneren Erkrankungen. *Werner David.* (Urban u. Schwarzenberg kiadása, Berlin—Wien, 1932. 50. old. Ára 2 RM.)

A folyóirati közlemények és nagyobb tudományos orvosi könyvek mellett kétségkívül létjogosultságuk van az olyan kisterjedelmű, tömören megírt compendiumszerű műveknek is, amelyek az egyes különleges szakmák eredményeit, valamint azok fejlődésének mindenkor állását ismertetik. A diaetika újabb eljárásainak ilyen értelmű egybeállítására tározott előnyt jelent mindazok számára, akik a táplálkozás orvosi szabályozásának kérdéseivel csupán határterületeken találkoznak. A szakíró feladata ilyenkor nem könnyű, mivel az aránylag szűk kerethez szabott mondanivalói csupán a lényegre vonatkozhatnak. Az előtűnk fekvő füzet szerzője szerencsés kézzel oldotta meg ilyenmő feladatát, miután világosan fogalmazott, tömören, de könnyen érthető sorokban írja le a leggyakrabban használatos étrendi előírások formuláit és azok alkalmazásának javallatait.

Soós Aladár dr.

Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. *Prof. F. Lust.* (Urban u. Schwarzenberg, 1932.)

Hogy ennek az értékes tankönyvnek immár 7. kiadása vált szükségessé, nemcsak azt mutatja, hogy milyen nagy lépésekkel halad a gyermekgyógyászat, hanem azt is jól demonstrálja, hogy e könyv milyen hasznos társa nemcsak a gyermekgyógyásznak, hanem minden orvosnak, aki gyermekgyógyászattal foglalkozik. A könyv igen alapos, gondosan összeállított munka. E kiadás az előbbihez képest elég sok újítást tartalmaz. Eppen úgy, mint az előző kiadások, a könyv két nagy részre tagozódik. Az első rész a csecsemő és gyermek fejlődését, táplálását, a csecsemő- és gyermekkor betegségeinek diagnostikáját tárgyalja. A második rész e korok terápiájával foglalkozik, befejezésül rövid toxicologiai áttekintést és a német gyermeksanatoriumokat ismertető részt adva. A könyv diagnostikával foglalkozó része az előbbi kiadáshoz képest is jól átdolgozott. Még inkább a terápiás rész, amely a legtöbb új elgondolást a magáév teszi. E részben helyet enged a szerző egy-egy esetben a magyar iskola tanításának is. A könyv e legújabb kiadása minden gyermekgyógyászattal foglalkozó orvosnak „vade mecum”-a lehet.

Blázsó dr.

Die Operationen am Ohr. Prof. Dr. H. Beyer, Berlin. (Curt Kabitzsch kiadása, Lipcse, 1932. Ára 29 M.)

A 294 eredeti és igen tanulságos ábrával díszített, 237 oldal terjedelmű könyvét a szerző a fülészettel foglalkozó szakorvosok számára írta, de a kitűnő csoportosításokban tárgyalt műtéti eljárások leírását haszonnal forgathatják a sebészeten járatos kollegák is, akik adott esetben a fülsebészet valamely fejezete után érdeklődnek.

A szerző nagyon helyesen arra helyezi könyvében a főszínt, — amit, sajnos, sok tankönyvben, mint hiányt. tapasztalhat a kezdő —, hogy az összes műtéti eljárások katalógus-szerű ismertetését átolvasva, nem tudja a bevált eljárást kiválasztani, mert saját tapasztalatait és kritikáját a szerző nem közli.

A hét fejezetre osztott könyv először az altatás és a helybeli érzéstelenítés körüli tudnivalókat ismerteti, a szükséges bonctani ismeretek és csontvetsési technika tudnivalóinak az előrebocsátása után.

A külső fül műtéteinek ismertetése után a harmadik fejezetben részletesen foglalkozik a csecssbarlang feltárással (antrotomia) és azokkal a nehézségekkel, amelyek adott esetben topographikus anomáliák folytán csecssnyúlvány lékelésekor előfordulhatnak. Majd a mastoiditis szövödményeinek — így a vizsérrohogósodás, bulbus-gennyedés — operatív megoldásait vázolja.

A IV. fejezet ugyancsak behatóan ismerteti a gyökeres fülműtét — atticantrotomia — egyes válfajait és technikai kivitelét.

A belső fül, labyrinthus műtétei közül *Hinsberg—Bourget*, *Jansen—Neumann* és *Uffenorde* bevált eljárásait írja le, hozzáfűzve a belső fül eltávolításával megközelíthető hallóidegdaganatok sebészi gyógyítását.

A VI. fejezet a fülrepedtű koponyatűri szövödmények — extraduralis, subduralis abscessus, nagyagy- és kisagytályog — műtéteivel foglalkozik.

Az utolsó VII. fejezetben nagyon helyesen a sziklacsont töréseinek sebészi kezeléseit ismerteti, mert mindinkább nyomtatékosan kell hangsúlyozni, hogy a fülsebészet mai fejlettsége mellett alkalmas esetben praeventive — megelőzően — kell eljárni, hogy a középső és belsőfül fertőződése révén létrejövő súlyos szövödmények — agytályog, agyhártyagyulladás — veszélyeit elháríthassuk. Az ilyen fertőzés veszélye legnagyobb már előzetesen is genyedő fül esetén, azonban trauma esetében a középső és belső fülön keresztül a külvilággal közlekedő sérülések igen sokszor másodlagosan fertőződnak, ami pedig megfelelő időben alkalmazott célszerű műtéti beavatkozással elhárítható.

A sebészeten ezen részlete iránt érdeklődőknek már csak adatainak megbízhatósága és jól észlelhető szabatos leírása miatt is melegen ajánlható.

Krepuska Géza prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 28-i ülése.

Bemutatók:

Okolicsányi-Kuthy Z.: Az acut szénmonoxidd mérgezés spektroskopos diagnózis. A CO-gáz által okozott mérgezés felderítésére spektroskopos vizsgálatot ajánl. A spektroskopos vizsgálathoz a Stokes-reagens módosítását közli. A reagens két részoldatban hónapokig eltartható, sőt elegendő ezekből (I. ammonia pura líquida, II. FeSO_4 és ac. tartaric. 1—1 g a 15 ccm vízre) a vizsgálandó 1%-os véroldathoz directe 1. illetve utána 2 cseppet adni: az oxyhaemoglobint prompt redukálódik, míg a CO-Hgb 2 absorptiócsíkja változatlan marad A színek még félóra szabad levegőn tartózkodás után is jellemző. Positiv esetben ezen eljárás a CO-mérgezés tévedést kizáró diagnózisát bizonyítja.

Wietrich A.: Felhívja a figyelmet a spektroskopos CO-haemoglobin kimutatása nehézségeire és redukáló szerként a Schmidt által ajánlott natriumstannit oldat használatát javasolja. Ezen oldat előnye, hogy az Ohgb-t haemochromogéné alakítja, míg a COHgb elnyelési csíkjai változatlanul maradnak. A két színek feltűnő különbsége a téves megítélést csaknem lehetetlenné teszi.

2. Szili J. Terhesség és szülés méhkiűrt beültetés után. A teljesen elzárt méhkiűrtök beültetését (tuba implantatio) a meddőség megszüntetése végett eddig 8 esetben végezte. Az első 5 év előtt. A 8 közül kettőben teljes az eredmény (25%). Első esetében egyoldali beültetés mellett két év múlva történt fogamzás és normalis terhesség után, normalis szülés és gyermekágy. Második esetében kétoldali beültetés

mellett fogamzás két hó múlva, a beteg jelenleg a terhességének hatodik hónapjában van minden zavar nélkül.

Mansfeld O.: A magtalanság gyógyításában nagy haladást jelentett a Pertubatio bevezetése. Ez az irodalom tapasztalásai szerint jóval veszélytelenebb a Salpingographiánál és legöbbször kielégítő eredményeket ad. Nemcsak diagnostikai szempontból, hanem elég szép számban olyan esetek is fogamzottak átíratás után, melyek évekig magtalanok voltak. Magtalanság miatt eddig még egyetlen esetben sem végzett tuba-beültetést, mert fogamzás nemcsak az átjárhatóságtól, hanem a tuba funkciójától is függ.

Szili J.: Igen meglepőnek tartja hozzászóló eredményeit, melyek egyszerű pertubatio útján jönnek létre, nem is tudja mással magyarázni, minthogy hozzászóló igen sok egészséges és jól átjárható méhkiűrtöt fuvatott át, ezek azonban fúvás nélkül is fogamzanak, sőt talán jobban. Nem konkurrálhat azonban az átfúvás a metrosalpingographiával, mely az elzáródás pontos helyét jelzi. Tuba beültetés természetesen csak teljes elzáródás eseteiben indokolt.

3. Bakay L. I. Cardiolyssissal gyógyított nyelöcsödiverticulum. 27 éves leányt mutat be, akin 1 évvel ezelőtt a bal tüdő alsó lebenyében gyulladás zajlott le. A III. belklinika kezelés alatt volt és ott észlelték, hogy a betegség lezajlása után fokozatosan nyelési nehézsége támad. *Korányi* professor szívurok-összenövését, a röntgenvizsgálat cardiopasmust és diónyi diverticulumot állapított meg a rekesz fölött. Klinikájára történő áthelyezés alkalmával nagyfokú nyelöcsötágulást, fokozódó cardiagörcsöt és contrast anyaggal erősen megtelődő diverticulumot láttak. Bemutató meggyőződése, hogy az egész tünetcsoport kiindulási pontja a szívurok gyulladás utáni összenövése. A szív minden összehúzódkor a nyelöcső egy nagy részletét, amely a szívurokkal szorosan összenőtt, magához emeli. Ebből származtatja a beidegzés zavarait, illetve a cardiagörcsöt és a nyelöcső falának atóniáját. Ha tehát a szívet felfüggesztett helyzetéből kiszabadítja, akkor a nyelöcső vizsgálása megszűnik, s a diverticulum összeesik. A műtét voltaképpen *Bauer*féle thoracolysis cardiaca volt. A szívurok összenövése egymással igen szivós volt. Oldás után a szív egészen visszasüllyedt. A műtét utáni állapot sima lefolyású volt és a nyelés rövidesen zavartalanra vált. Az utóbbi hetekben időnként rövid ideig tartó, de egy korty vízre megszűnő cardiopasmust észlelték.

II. A jobb szívpitvar felől eltávolított projectil. 16 éves leányt mutat be, kit f. év április 3-án mellbelőttek. A klinikán egy hónap múlva jelentkezett. A röntgenvizsgálat szerint a projectil a jobb pitvar és gyomor határán a szív falában van, amit röntgenfelvételekkel demonstrál. E. K. G.: kamra asynchronismus, muscularis insuff. A beteg állapota változatlan maradt minden belgyógyászati kezelés dacára. Egy hónap múlva újból jelentkezik. A kisugárzó fájdalmak fokozódtak, úgyszintén az ideges tünetek is. A beteg erősen lefogyott, anaemiás. A projectil a pitvar ürege felé törekszik. Július 26-án műtét: A behatolás a sternumnak a III. bordaporcogó táján történt temporaer haránt resectiójából állott, a bal bordaporcogók megfelelő átvágásával. A projectil, revolvergolyó, a jobb pitvar és szívfülcse hátsó felszínén a pitvarfalban foglal helyet pericardialis összenövések közt. Az eltávolítás után aránylag sima lefolyás mellett a beteg állapota folyton javul, jelenleg 3 hónappal a műtét után a súlyos panaszok csaknem teljesen megszűntek, a beteg 6 kg-ot hizott.

Korányi S. br.: Az első beteget a III. belklinikán pneumoniával vették fel, amely mellett bicuspidalis insufficientia és a bal verőér szájadék stenosisa volt constatalható. Anamnesis valószínűvé tette, hogy szívpanaszai 7 éves korában elszennvedett endocarditis következményei. A betegnek azonban *Broadbent*-féle tünete volt: systolés behúzóadás hátul a gerincoszlop mellett, mint pericarditis adhaesiva egyetlen tünete. Ennek alapján gondolt arra, hogy az oesophagus-diverticulum régi pancarditis, pericarditis externa késői következménye lehetne. Az eset a *Broadbent*-féle tünet fontosságát demonstrálja.

Előadás:

Rosenthal J. Párhuzamos kórképekről. A beteg vizsgálatakor azon igyekezet vezet bennünket, hogy a betegben jelenlevő tüneteket és objectiv vizsgálati adatokat lehetőleg egy anatómiai okra vezessük vissza. Ezen principium megvalósulásában látjuk általában a legnagyobb biztonságot, valamely diagnózis helyességét illetőleg. Ez a megfontolás igen számos esetben igaz és helytálló; de nem hagyandó tekinteten kívül, hogy ez a szabály nem általános érvényű. Az esetek egy részében alkalma volt megállapítani, hogy egy

tünetcsoportot nem egy, hanem több anatómiai ok tart fenn. Két megbetegedés, két anatómiai elváltozás rendszerint két különböző, egymástól jól elkülöníthető tünetcsoporthoz szokott vezetni. Előfordulhat azonban egy másik lehetőség is, mely abból áll, hogy ezen különböző anatómiai elváltozások egészen hasonló, egymástól alig elkülöníthető, sőt néha azonos tüneteket hozhatnak létre. Ily esetben a tünetek mintegy fedik egymást: ha ilyenkor egy anatómiai okot mutatunk ki, úgy az erre irányított therapia nem vezet a panaszok csökkenéséhez, vagy a beteg gyógyulásához, mivel a másik, sőt néha harmadik párhuzamosan fennálló megbetegedés változatlanul, vagy csak csekély különbséggel továbbra is fenntartja a panaszokat. A következőkben számos példával világítja meg ezen gondolat gyakorlati jelentőségét. (Részletesen az Orvosképzésben fog megjelenni.)

Közkórházi Orvostársulat október 26-i ülése.

Kiss J.: Hüvelyboltozat súlyos sérülése coitus kapcsán. A coitus kapcsán sérülések jelentőségét hangsúlyozza, mert a velük kapcsolatos elvérzés és fertőzéses halálozás kb. 10%. Foglalkozik a coitus-sérülések különböző okaival, létrejöttük módjaival, törvényszerű-örvostani és nőgyógyászati jelentőségével. Bemutatott 36 éves nullipara esetében a hüvelyboltozat baloldalon szakadt át, a súlyos anaemiára vezető vérzés két nagyobb arteriából származott, amelyek lekötése és a hüvelyboltozati seb elvarrása után a beteg néhány napon belül felépült.

Mansfeld O.: Az elfoglalt posíciót tartja fontosnak a hüvelyboltozat berepedésének veszélyében.

Zágon A.: Az utolsó évben két coitus kapcsán létrejött hüvelyboltozat repedéséről emlékezik meg. Mindkettő vállravezetett combhelyzetben jött létre, az egyik 47 éves multiparát. A sérüléseket összeavarrta — 8 nap alatt gyógyultak.

Ormos E.: Nagy subperitonealis és submucosus myomák hüvelyi műtétje. A hüvelyi myoma műtétekre csak megfelelően kiválasztott esetek alkalmasak. A hüvelyi műtéteket és azok legsúlyosabb formáit: a hüvelyi teljes kiirtásokat a betegek sokkal könnyebben állják ki, mint a hasi műtéteket. Rajzokkal illusztrált subperitonealis, intraligamentaris és submucosusan fejlődött myomák műtéti megoldásáról számol be, ahol egyúttal teljes méhkiirtást végeztek. A Stoeckel-féle infiltratio a kezdeti praeparálást is megkönnyítette, a tokon belül történő darabolás pedig az atypusosan lefolyó műtétek sikeres lefolyását biztosítja.

Bud Gy.: A portio és hüvelyboltozat novocainos infiltrálása hüvelyi teljes kiirtásokban. A hüvelyi műtétek sikere jól kidolgozott technikai fogásokon múlik. Myoma műtétek esetén a tokon belül végzett darabolás vezet sikerre, akkor, ha mindig a középvonal felé metszve távolítunk el daganatdarabkákat, a kihámozásokat pedig ujjunk kisegítő, tompa praeparálásának van nagy jelentősége. A méh fokozatos, sagittalis felezésére nem egyszer szinte magától nyílik meg az áthajlási redő, a méh alsó részletének csomólásával pedig könnyebben férünk hozzá a magasban fekvő daganathoz, vagy összenövésbe ágyazott méhhez. Stoeckel collum carcinoma radicalis műtéteikről ajánlott infiltrációját bemutató myoma műtétek esetén is végzi altatott betegben 50–60 ccm 1/2%-os novocainnal. Előnye a vértelenség, a rendkívül megkönnyített praeparálás, amit részben tompán, részben Cooper ollóval végez. Rajzban demonstrálja az infiltratio technikáját. Nagyobb erek lekötése után utóvérzést nem látott. A vértelenséget az adrenalin idézi elő, a novocainnak úgy látszik adjuvans hatása van.

Bud Gy.: Hossztengelyes császármetszés. Az in situ lévő méhen végzett transperitonealis cervicalis császármetszés nyílirányú metszésvonala a méh rendszerint jobbradült helyzete miatt nem esik a méh hossz tengelyébe, hanem ferde, rendszeren a bal tubusarok felé irányuló lefutást mutat. Miután a méh hossz tengelye körül meg is csavarodott, az ily módon oldalról előre kerülő nagy venaplexusokat sértjük, ezeket és az izomrostokat ferdén metsszük át. Bemutató úgy az erősebb vérzés elkerülése, valamint a biztosabb gyógyulás elérése céljából az élettani viszonyokhoz jobban hozzásimuló hossz tengelyes császármetszést ajánlja, amit úgy ér el, hogy a jobbra dőlt méhet igyekszik aláhelyezett isoláló kendőkkel egyenes állásba hozni, másrészt metszésvonalát ferdén jobbra a méh hossz tengelyének megfelelően végzi. Rajzokat demonstrál.

Mansfeld O.: A Dörfler-féle haránt-császármetszést ajánlja.

Bud Gy.: A Stoeckel-féle infiltratiót altatott betegen a vértelenítés elérésére, illetőleg a praeparálás megkönnyítése céljából végzi. A harántmetszéses, Doerfler-féle császármetszésről valóban jó vélemény van kialakulóban, bár egyesek figyelmeztetnek arra, hogy véglegesen állástfoglalni csak akkor lehet, ha különböző intézetek nagyobb tapasztalatai azt megengedik. A hossz tengelyes császármetszés a helyesen végzett sagittalis metszést jelenti.

Bud Gy.: A női nemzetség fejlődési rendellenességeinek szülészeti jelentőségéről, különös tekintettel a rendszeres terhesellenőrzésre. A szülészeten gyakorlati haladást jelent annak mérsékelt operatív irányzata és a rendszeres terhes ellenőrzés. Ez utóbbinak részletkérdése a nemzetség fejlődési rendellenessége. Fejlődéstani és bonctani ismertetés után a szülészeten elsősorban jelentős hüvely- és méhfejlődési rendellenességeket felismerhetőségük szempontjából három csoportra osztja. A méh fejlődési rendellenességeinek egy jelentős csoportja a terhesség által válik könnyebben felismerhetővé. Margit közkórházi szülőosztályán főképp a következők arcult, bicornis stb. méhek kialakulását és a gyermekágyban azok fokozatos visszafejlődését mindaddig, amíg bimanualis vizsgálattal a felismerhetőségük megszűnt. A terhes ellenőrzés révén megállapítható, hogy ezek száma nagyobb, mint hitték. Előadó mintegy 2000 szülésre 28 eset terhességeinek, szülésének a lefolyásáról, szövődményekről és műtétekről számol be. A szövődmények úgy a petét, magzatot, anyát érintőleg gyakoriak, azért fejlődési rendellenességben a szülés intézetbe való. Ugy látszik, revideálnunk kell a habitualis abortusról, a magzat farfekvésének létrejöttéről stb. eddig vallott nézeteinket. A farfekvésnek létrejöttében eddig eléggé nem méltányolt belső méh-milieu változásnak van szerepe. A rendszeres terhes ellenőrzés a nemzetség fejlődési rendellenességeinek részletkérdésében is új elméleti, de elsősorban új gyakorlati utakra vezet, mert az intézeti kezelés és szülés révén a petét és anyát érintő veszélyek elháríthatók, másrészt terhesség alatt a fejlődési rendellenességek felismertetvén, műtéti megoldások révén nem egyszer normalis anatómiai viszonyokat nyerünk a terhesség, illetőleg szülés zavartalan lefolyására.

Szénássy J.: A koraszülés szempontjából rendkívül fontos kérdés az uterus csökkent vagy rendellenes fejlettsége. Az előadó anyaga egy újabb támpontot jelent abban, a rendszeres terhesvédelemnek a koraszülések ellen folytatott részében, hogy milyen arányban kell tekintettel lenni a fejlődési hibákra.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 13-i ülése.

Elnöki megnyitó.

Lóte J.: Tisztelt Szakosztály! Tisztelettel és kartársi meleg jóindulattal üdvözlöm Szakosztályunknak itt megjelent tagjait és kedves vendégeinket s az 1932–33. évi együleti évet a mai I. szakülésünkkel megnyitottnak nyilvánítom.

Fájdalmas összetalálkozása az eseményeknek, hogy amidőn mi a tudományos munkálkodás új életre keltéséhez fogunk, ugyanakkor a magyar közművelődésnek egy nagy halottját kell gyászolnunk. Meghalt Klebelsberg Kunó gróf váratlanul, megrondító hirtelenséggel, amikor már azt reméltük, hogy mihamar folytatni fogja nemzetmentő nagy munkáját. Az imént még közoktatásügyünk intézője volt, régi Egyetemünknek sorsdöntő napjaiban néhai Tóth Lajos államtitkárral együtt erős bástyája. Az ő hatásos védelme nélkül ma csak történelmi emlék volna ez a fényes múltú Egyetem, melyet az erdélyi magyarság számára alapított a törvényhozás bölcsessége, hogy általa kimagasló művelődési központtá váljék Kolozsvár az ország keleti szélén.

És az ő elszánt küzdése nemcsak hogy megmentette Egyetemünket, hanem meg tudta nyerni a törvényhozás és e nemes város áldozatkészségét, amely a kolozsvárral vetekedő fényes hajlékot emelt fel az Egyetemnek az új székhelyen. Reá emlékeztetnek ezek a falak, valahányszor itt összegyűlünk. Az ő lankadatlan buzgalmát magasztalja az a sok-sok alkotás, mely mind a magyar közművelődést, a nemzeti gyarapodást szolgálja.

Tiszteljük, áldjuk, kegyelettel ápoljuk nagy emlékét!

Bemutatás:

Engel R.: Malaria quartana és tropica vegyes fertőzés esete: 21 éves szegedi földművesen szabályos quartana hőmenet mellett szabálytalan mindennapos hőemelkedést ész-

leltek, a vérben két generációban quartana parasiták és igen sok tropica gyűrűt találtak. E két parasitaféleség Magyarországon ma alig fordul elő, vegyes fertőzés velük így igen ritka. Ily sporadikus ritkán előforduló fertőzések a malária epidemiológiának még tisztázatlan kérdését képezik.

Előadás:

Diósszilágyi S. és Szakáts G.: Uj pneumothorax-tű és készülék. Oly tűt szerkesztettek, mely eltérően az eddigiektől, nem, erős hegyben végződik, tehát nem szúr, hanem vág, de a vágás olyan irányban történik, hogy a pleura parietalis-on áthatolás után a visceralis mellhártya, vagy azon keresztül a tüdő megsértése lehetetlen. Töltő-készüléket is konstruáltak, mely minimális nyomás alatt tölt, s amely nemcsak a gyors és pontos töltést teszi lehetővé, de pontosan és hűen regisztrál minden mozzanatot, a töltés megkezdésétől annak befejezéséig. A készüléket két beteg töltésén demonstrálták. *Diósszilágyi* ez alkalommal beszámolt azokról a folyamatban levő kísérleteiről, melyek a pleuraösszenövésnek vegyi úton történő megszüntetését célozzák.

Kováts F.: Ma a pneumothorax kanüllel szemben felállított követelmény az, hogy a töltéskor teljes biztonságot nyújtson, a tüdőt meg ne sérthesse.

A bemutatott tű szerkezetétől abból indultak ki, hogy a parietalis pleura behatolásánál a tűre teljesen ráfekszik, míg a visceralis sátoroszerűen kitér. A tű éles oldala így a parietalisat elméletileg átvágja, a kísérő visceralisat nem. E a kiindulás merőben hibás, mert a parietalis pleura a leemelt intercostalis inakkal ritkán fekszik rá a tűre, a rugalmas tüdő ellenben azt a mellhártyájával teljesen körülveszi. A tű különben is hegyes, mégcsak féltompának sem mondható, s az, hogy az oldala éles, még külön hátránya. A töltéskor nemcsak a beteg tüdőrésszebe hatolhat könnyen, hanem a légző mozgások következtében hosszanti irányban kitérő tüdőszövetet fel is hasíthatja. Ez a tű tehát a többi hegyes tűvel szemben még hátrányosabb.

A légmellkészülék használhatóságának első feltétele, hogy nyomás alatt ne álljon, az első töltést negatív nyomás mellett végig aspirációval lehessen végezni, az utántöltéskor pedig szintén avval kell kezdeni. A bemutatott készülék terjedelmessége és komplikált szerkezete mellett is teljesen alkalmas erre, mert csak pozitív nyomással lehet tölteni, biztonságot így nem nyújt.

Pepsin bejuttatásával már történtek kísérletek a sűrű exsudátumok felhígítására, a pleura azonban olyan érzékeny, hogy a legkisebb mechanikai és chemical ingerre exsudátum képzéssel és összenövésével reagál, úgyhogy az összenövéseknek ilyen módon oldásától nem sok jót lehet várni.

Diósszilágyi S.: A postoperatív bronchopneumoniák és az Endonovocol. Másfélévi intensív kísérlet alapján a postoperatív bronchopneumoniák és hypostatisoknak szinte specifikus gyógyszerét találta meg a Richter-féle Endonovocolban, amelynek 1—2 intravenás injekciója után a betegek a legrövidebb idő alatt meggyógyultak. A genuin pneumoniáknak Endonovocollal kezelése is igen biztató eredményeket adott s a szert cruppos tüdőlobok kezelésére főleg a gyakorló orvosok figyelmébe ajánlotta.

Tények és tanok az aetiológiában.

(Székfoglaló előadás.)

Irta: Belák Sándor dr., ny. r. tanár.

Ha az aetologia tanításaiba alábbiakban ismertetett elméleti szemmel óhajtok belenézni, úgy elsősorban elkerülhetetlen lesz minden természettudományra érvényes általánosságok kiemelése.

Az orvostudomány is, mint minden tudomány azon emberi tulajdonság szüleménye, hogy a körülöttünk lefolyó eseményeket nemcsak tudomásul vesszük és regisztráljuk, hanem azoknak keletkezését kifürkészni és összefüggéseiket megérteni igyekszünk. Az események regisztrálása bizonyos *tények* megállapítását jelenti, keletkezésük és összefüggéseik megértése bizonyos *tanok* kialakulását eredményezi.

Az emberben azonban az összefüggések kutatása iránti hajlandóság annyira kifejezett, hogy a tények szá-

raz megállapítására legtöbbször képtelen, megfigyelésébe ab ovo belevegyül szellemi beállítottsága, a *tanok*-ból származó sajátos gondolkodásmódja, úgy, hogy a tények megvilágítása is legtöbb esetben az illető egyénnek és annak a kornak színszűrőjén át történik, amelyben a megfigyelő él. Csak igen kivételes, minden egyéni és korszerű befolyásolástól elvonatkoztatott emberekben van meg az a tulajdonság, hogy a tényeket többé-kevésbé tisztán tudják meglátni és a természetkutatók nagysága végső elemzésben nem is más, mint a tiszta, minden más befolyástól mentes meglátásra való képesség. Másrészt a tudomány tévedései ott kezdődnek, amikor a tényeket bizonyos tanokra való beállítottságból kifolyó elfogultsággal figyejük meg és írjuk le. Végeredményben tehát természetkutatásnak tények megfigyelésére és tanok felállítására vonatkozó tagozódása a priori csak elméleti jelentőségű és csak arra alkalmas, hogy a kutatás lelki folyamatába való betekintésnél kiinduló pontul szolgáljon.

Talán az első pillanatban különösnek látszik az, hogy az ember a tényeket magukat sem képes hűen meglátni; de nem lesz ezen csodálkozni való akkor, ha meggondoljuk, hogy a tények megállapításához is mindenkor bizonyos reconstitúciós szellemi munkára van szükség, hogy tényeket elgondolás nélkül egyáltalában nem is lehet megállapítani. Vegyünk egy, az orvostudományi tényekhez viszonyítva igen egyszerű esetet: egy épület álljon egymagában és én ennek az épületnek a *tényét* akarom leszögezni. Legelőször is nem úgy látom, amint az tényleg van, mert a távlati jelenségek folytán a vonalak ferdén, szög alatt futnak ott, ahol azok tényleg párhuzamosak. Tehát máris egy régebbi tapasztalatból szerzett szellemi munkát kell végezmem, amikor ténymegállapításom szerint ferde vonalakat valóságban párhuzamosoknak *tudom*. Ezenkívül közvetlen ténymegállapításom szerint az épületnek csak egy, esetleg két fala (frontja) volna és ezeknek is csak a külső felületét látom közvetlenül. De *tudom* viszont más épületek építésénél vagy lebontásánál szerzett tapasztalatokból azt, hogy az épületnek hátrább is van fala, amit közvetlenül nem látok, tehát tényként meg nem állapíthatok, továbbá, hogy a fal nem egyszerű felület, hanem bizonyos vastagsággal bír, többé-kevésbé masszív anyagtömeg stb. Mindez már a közvetlen ténymegállapításhoz csatlakozó szellemi munka eredménye, mely nem a most megfigyelt épület tényének megállapításával kapcsolatos, hanem régebbiről tudott tapasztalatokon nyugvó megállapítás.

Ha már most egy egyszerű épület tényfelvételéhez ilyen töle idegen befolyások érvényesülnek, úgy érthető mennyivel inkább számbajöhtnének ezek, ha elgondolnók, hogy ennek az épületnek minden egyes atómja élne, hogy benne örökös átalakulások folynának le, örökös kicserélődés, amely nemcsak az épület anyagát, hanem alakját és helyét és a környezethez való viszonyát is folyton változtatná. Egy ilyen épület az ember is a maga egészséges vagy kóros mivoltában, nincs tehát mit csodálkozni azon, ha már a vele összefüggő tények megállapításával olyan tág tér jut a megfigyelő sajátos beállítottsága számára.

Az orvostudományi tények megállapítása kezdettől fogva folyik, de igen sokáig csak kívülről nézték az épületet és csak elképzelésen nyugodott az, hogy mi van benne. Mivel esetünkben az épület felépítése körül tapasztalatokat gyűjteni érthető módon nem lehetséges, azért ez csak a lebontás útján volt kivihető. A mai orvostudomány fellendülésének első lépése tehát természet-szerűleg az anatómiával, a felboncolás műveletével kezdődik meg és utána következett és következik az anyag és a benne lefolyó változások megismerése.

A mai tudomány is naponta a megállapítások nagy halmazát termeli ki, kiszéd minden egyes tégladarabot az

épületből azt vizsgálja, kutatja, hol az egyik, hol a másik oldaláról és így egy és ugyanazon építőegységről is annyi számtalan képet kapunk, ahány szemszögből vizsgálat tárgyává tesszük. Hogy tények-e mindezen megállapítások? A priori sem hihető, mert hiszen ezek az említett szellemi beállítottságok kívül, amellyel egy-egy ilyen megállapításhoz, kísérlethez hozzáfogunk, nem az egész emberre vonatkozó megfigyelések, hanem kiragadott jelenségek egy hatalmas összefüggésből és ezen állapotban az illető építőegység egész mivoltja más lehet, mint eredeti helyén volt. Ilyenformán minden egyes u. n. ténymegállapításunk csak a megközelítés, kisebb-nagyobb valószínűség, hasonlóság, analogia jelével bírhat, de merőben el is térhet attól a való ténytől, amelyben kiragadott jelenségünk az eredeti helyén mutatkoznék. Szigorú kritikával kezelve tehát ezen ténszerű megállapításoknak manapság már óriási tömegét, csak sok-sok fenntartással és ezer más lehetőség tudatában használjuk fel őket azon tanok kialakításához, amelyekkel tudományunkat felépítjük.

A tényeknek és a tanoknak egymáshoz való viszonyát illetőleg, tudnunk kell, hogy az emberi elme sajátos szerkezeténél fogva a tanok iránt sokkal fogékonyabb, mint a tények iránt. Egy tetszetős elmélet valósággal lenyűgöz és nagy a hajlandóság bennünk arra, hogy a háttérben álló tény helyes, vagy nem helyes voltát kevésbé mérlegeljük. A tudomány tulajdonképpen tanaiban él és csak másodsorban tényeiben, ami sokszor nem mondható igen hasznosnak és egészségesnek. Ezért sok olyan tan száll át apáról fiúra, könyvről könyvre, amelynek tényi alapja nem üti meg a kívánt mértéket. Másrészt sok tény jelentősége vész kárba az által, hogy nem kapcsolódik hozzá olyan tetszetős tan, amelynek segítségével a köz-tudatba be tudná magát hizelegni. Hogy csak egy példát említsék: *Pettenkofer* Münchenre vonatkozólag azt állította, hogy a typhus járvány és a talajvíz szintje olyan összefüggésben vannak egymással, hogy amikor a vízniveau süllyed, ugyanakkor a typhus halálozás emelkedik és fordítva. Matematikus kortársai kiszámították, hogy ez az állítás 1:1 millió valószínűséggel bekövetkezik, vagyis mint ténymegállapítás annyira biztos, amilyenhez az orvostudományban egyébként alig vagyunk hozzászokva. És ez a ténymegállapítás a tudomány számára mégis szinte elkalodott, mert nem sikerült még eddig olyan tant kapcsolni hozzá, amelynek segítségével tudásunk anyagába beilleszthető lett volna és aetiologiai felfogásunk inkább haladt és halad olyan nyomokon, amelyeknek ténybeli háttere sokkal bizonytalanabb, de tanokban gazdagabb. Ha a *Pettenkofer* állításához megfelelő tan kapcsolódott volna, ki tudja milyen irányban fejlődött volna tovább a typhus aetiologiai tana, amely mai mivoltában sehogysem alkalmas a typhus-járványok körül szerethető tapasztalatok megértésére.

A tanok lebilincselő tulajdonsága folytán megváltoztatásuk elé nagy akadályok gördülhetnek. A tudománynak nem egy martirja volt, akiknek tényeken nyugvó új tanok felállítását életükkel kellett megfizetniük, hogy csak később az utókor igazolja állításuk helyességét.

Ebben az általános, minden természettudományi kutatató munkára vonatkozó keretbe tartozik orvostudományunk egyik igen lényeges része, az aetiologiai felfogás is, amelynek sajátosságaival foglalkozni kívánunk. Az aetiologia a betegségek keletkezésének tana, (készarva nem használom a magyar „kóroktan” szót), amely ugyan csak bizonyos ténszerű megállapítások alapján keresi azon összefüggéseket, amelyek az ember megbetegedését eredményezik. A mondottakból következik azonban az, hogy találó és helytálló tanok kialakulásához itt is a ténymegállapítások tisztasága volna feltétlenül megki-

vánandó és amennyiben ezen ténymegállapítások helytelenek, a kialakuló tanok sem lehetnek helyesek. Már pedig, mint mindenhol úgy ezen a téren is általánosan találkozunk azzal az esettel, amikor az uralkodó tanok rányomják bélyegüket a tények megfigyelésére is.

A ténymegállapítás nézőpontjából tekintve az aetiologiai felfogások kialakulását, legelőször is le kell szögeznünk azt, hogy a betegségek keletkezését illetőleg két nagy természetphilosophiai, illetőleg korszellemi befolyás érvényesült különböző korokban váltakozva. Az egyiket *monista*, a másikat *pluralista* felfogásnak szeretnénk nevezni. A monista felfogás szerint a betegséget *egyetlen egy* bizonyos kórok idézi elő, míg a pluralista felfogás szerint *mindig több oknak* kell egyidejűleg behatni, *helyesebben több körülménynek* kell fennforogni, hogy betegség keletkezzék. És ez a fontos különbség az aetiologiai felfogásban megtalálható úgy a legrégebbi, nem természetkutatási alpon álló orvostudományban, mint pedig annak legújabb fejlődési szakában.

A monista-causalis felfogás azonos a szűkebb értelemben vett u. n. *causalis* természetphilosophiai gondolkodásmóddal, mely szerint minden történésnek *egy oka* van. A pluralista-causalis felfogás viszont azonos volna az újabb *conditionalisnak* nevezett természetphilosophiai gondolkodásmóddal, amely szerint az eseményeket sohasem egy ok hozza létre, hanem több körülmény egyidejű fennforgása folytán állanak elő. Egy legegyszerűbb esetet véve: ha a kezemből leejtek valamely tárgyat úgy ennek oka a monista gondolkodásmód szerint az alátámasztás megszüntetése. A pluralista mód pedig azt mondja, hogy ennek a jelenségnek a létrejövetelehez szükséges volt először is az, hogy az illető tárgy a kezem általi alátámasztás révén egy bizonyos helyzeti energiával legyen felruházva, melyet az alátámasztáson kívül a föld vonzóerejének köszönhet és szükséges volt az is, hogy az alátámasztás megszűnjék, vagyis három körülménynek feltételnek, conditionnak egyidejű fennforgása következében esett le a tárgy.

Nyilvánvaló, hogy a pluralista felfogás mindig körültekintőbb, szélesebb körű ismereteket is tételez fel, mint a monista-causalis, amelyet az egyoldalúság jellemez. A pluralista mód azonkívül az ismeretlen lehetőségek számára tág kapukat hagy nyitva, sőt újabb lehetőségek feltárására sarkal, amíg a monista mód egyetlen ok feltárására ki van elégitve és feladatát befejezettnek tekinti.

Az aetiologiában monista-causalis tanok bőven akadnak. Ilyen mindjárt a legelső, a legrégebbi, a vallásos aetiologiai felfogás, mely szerint a betegségeket az istenség idézi elő, büntetésből, vagy bosszúból zavarván meg egyeseknek, vagy tömegeknek egészségét.

Monista-causalis felfogás volt a bakteriologiai classikus aera kezdetén az a tan, mely szerint az u. n. fertőző betegségeket mikroorganizmusok idézik elő, amikor is nem voltak tekintettel semmi más tényezőre. A jelenkorban ebből a monista tanból kilábalóban vagyunk, de még távolról sem jut elég tér a pluralista gondolatvilág számtalan lehetősége számára, főként kellő ismeretek híján.

Monista felfogások ezenkívül mindazok, amelyek a betegségek keletkezésében nem az egész szervezetet veszik figyelembe, hanem annak csak egyes részeit. Ilyenek tehát bizonyos tekintetben a *Virchow*-féle lokalpathologia, cellularpathologia, solidarpathologia, amelyek szerint a betegség székhelye valamely szerv, illetőleg annak sejtjei. Ugyancsak monista jellegű az ezen tannal szemben álló humoralpathologia, amely viszont minden betegség székhelyét a nedvekbe, vérbe és szövetekbe helyezi.

Monista rugókból származó törekvés az is, amikor az emberi betegségek keletkezésének magyarázatához elégségesnek tartjuk az állatkísérleteket, vagy az in vitro kísérleteket, mert megelégedezünk arról a beláthatatlan és számtalan körülményről, amelyek pluralista felfogást követve mindannyian hozzájárulnak a megbetegedés feltételeinek létesítéséhez. A mi mai orvostudományunknak nem kis hibája az, hogy az állatkísérletek eredményeit sokszor nemcsak mint távoli analógiát, vagy kiragadott részjelenséget szerepelteti az aetiológia tanaiban, hanem azokat egyenesen hajlandó az emberre is átvinni. Különösen a chronikus folyamatok aetiológiájában nem értékesíthetők kellőképpen az állatkísérletek eredményei, mert az állatkísérlet rendszerint acut-kísérlet és nem kell sokat mondanom ahoz, hogy arra az óriási különbségre rámutassak, mely egy acut állatkísérlet és egy chronikus emberi megbetegedés között van, amikor nevezetesen az ember egész életmódja, táplálkozása, milieuje, alkata, valamely mikroorganizmus és még más körülmények huzamosabb idő alatt együtt létesítenek olyan feltételeket, amelyek nyomán a szervezet szinte észrevétlenül csúszik át egy physiologias adoptatióra való törekvésből a pathologias állapotba. Nem szabad tehát elfelejtünk, hogy állatkísérleteink számára feltett monista-causalis természetű kérdésekre kapott válaszok a körülmények pluralista aetiológiai felfogás számára csak irányjelzők lehetnek, de ne feledkezzünk meg arról sem, hogy az így mutatott irány hamis is lehet.

A pluralista gondolkodásmód sem volt idegen a régebbi orvostudományban sem. Gondoljunk arra az átfogó aetiológiai gondolkodásmódra, amely *Hypokrates* tanait jellemzi, amelyekben az aetiológiai momentumok között megtaláljuk a constitutiót, a táplálkozást és a környezetet, a milieu befolyását. Talán nem véletlen, hogy az orvosi tudomány magas fejlettsége *Hypokrates*-ben éppen a pluralista gondolkodásmóddal találkozunk.

Az újabb időkben ez a gondolkodásmód 1—2 évtized óta hódít mind nagyobb és nagyobb teret. Ezzel nemcsak az orvosi téren találkozunk, hanem a természettudományok más ágazataiban is. Hiszen az olyan feltűnést keltett relativitástan sem más, mint az abszolútak, az önmagában monista módon álló tételnek az alárendelése más feltételeknek. A pathológiában az egyes „kórok” jelentőségének kiküszöbölése, háttérbe szorítása többféle körülmény fontossága mögé, jelenti a pluralista gondolkodás előretörését. S így tér vissza tudományunk megint olyan régente sokkal erőteljebben méltatott tényezők kidomborítására, amelyeket a gondolkodásmód elhanyagolt. A constitutiót, az öröklés tanait emlitem legelső sorban. Magam is azért foglalkoztam oly sokat a milieu viszonyaival, mert éppen a környezet a maga sokoldalúságával ugyancsak nagymértékben hozzájárul physiolo-

giás alteratiók és pathologias állapotok feltételeinek gyarapításához.

Tendeloo, aki a sok körülménynek a jelentőségét ugyancsak felismerte, *constellatiós-pathológiá*-nak nevezi a fenti gondolkodásmód szerint megvilágított pathológiát utalva arra is, — ami különben szinte magától értetődik — hogy az egyes tényezők aetiológiai jelentősége nem abszolút értékű, hanem egyik a másiknak függvénye. Ezt a megállapítást talán pathológiai relativitás-nak lehetne nevezni.

Messze vezetne, ha az aetiológia történelmét ilyen nézőpontokból végig akarnám boncolgatni. A célom nem is az, hogy történelmet dolgozzak fel, hanem az, hogy a történelem és gondolkodó értelmünk tanulságait odavetitem hallgatóim elé, hogy lássák azt, hogy a mi tudományunk nem megrögzött tanok tömkelege, nem dogmák tárháza, hanem folytonosan alakuló, sokszor önmagával vívódó, fejlődő élet, melyben eligazodni, tanulni haladni úgy a kutató, mint minden orvos számára csak jobbra-balra, előre-hátra, fel és lefelé néző, tágra nyitott szemekkel lehet, hogy a vázolt sokoldalú gondolkodásmódnak megfelelőleg az emberben magában és a rajta kívül eső és reá ható összes körülményeket értékesíthessük aetiológiai felfogásunkban, mert csak így mentesíthetjük tudományunkat és haladásunkat emberi lehetőség szerint merev, a való élethez nem simuló tanoktól.

Az orvosnak ezek szerint nemcsak tanulnia kell, nemcsak könyveket kell olvasnia, hanem keresnie kell a kapcsolatot az élet minden vonatkozásával, ahol mindenfelé lehetnek aetiológiai momentumok elrejtve és főképpen pedig meg kell tanulnia önnálló kritikával a *tényeket* lehetőleg szárazon, a maguk valójában meglátni és a megíratottakhoz a pluralista gondolkodásmódnak megfelelő átfogó körülményekkel, egészséges gondolatokat, tanokat fűzni.

VEGYES HÍREK

Személyi hír. *Rejtő Sándor dr.* egyetemi c. rk. tanárt az internationalis Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum mult hónapban tartott ülésén az elnökség tagjává választotta. — A gróf Apponyi Albert Poliklinika főorvosi testülete a megüresedett fogászati főorvosi állásra *Simon Béla dr.*, az I. sz. belgyógyászati főorvosi állásra *Hajós Károly dr.* és az urológiai főorvosi állásra *Dózsa Jenő dr.* egyet. magántanárokat választotta meg.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 11-i ülésének előzetes napirendje: Bemutatások: 1. *Dick Endre*: Az art. iliaca externa és vékonybelek szűrt sérülése. 2. *Kanócz Dénes*: Hirschsprung betegség operált esete. Előadások: 1. *Kiss Pál*: A grippes csecsemők szív működési zavarai és azok kezelése. 2. *Réthy Aurél*: Szigorítható-e a tonsillectomia indicatiója; a műtét veszélyei és mechanizálása. Ezen napirend előzetes tájékoztatásul szolgál és változást szenvedhet.

A Közkórházi Orvostársulat november 9-iki ülésének tárgysorozata: *Gaál Aurélie*: Skleroderma laryngis. *Torday*



ZAMAKO

Kellemes ízű magas szénhidrát, zsír és fehérje tartalmú Zab-maláta tápszer **csecsemők mesterséges táplálására**

RENDELHETŐ SZABADON: Közalapok (O. B. A.), Országos Stefánia Szövetség, Székesfővárosi alkalmazottak, Tüdőgondozó Intézetek, Keresk. Segélyegylet, Bányatárspénztárak terhére.

FŐORVOSI ENGEDÉLLEL: O. T. I. M. A. B. I., MÁV. és Posta terhére. MÁV terhére üzletvezetőségek útján is kivételezhető.

RACHITIS, ANAEMIA ESETEIBEN csukamájolaj helyett Calc. phosphor. tribasicumos **PHOSPHOROS ZAMAKO** rendelését ajánljuk. Fenti alapokra ugyancsak engedélyezve.

Mintát és irodalmat készséggel küld a **KROMPECHER TÁPSZERGYÁR BUDAPEST, V., ZRINYI-UTCA 3. SZÁM.**

Árpád: Abortív typhus esete. Előadás: **Zorkóczy István:** Újabb szempontok a gyermekkori nyelöcsőszűkületkezelésénél.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya november 8-án d. u. 7 órakor, az orr és gégeészeti klinikán tartja ülését. Napirend: Bemutatások: 1. **Mészöly Ödön:** Ethmoidalis eredetű teratoma. 2. **Freystadt Béla:** Habitualis légcső-vérzés esete. 3. **Lénárt Zoltán:** a) Meggyógyított fixációs stenosis, b) röntgen-kezelésre meggyógyult kiterjedt pajzsmirigy rák. 4. **Campion Aladár:** Legsúlyosabb disznó diphtheria következtében.

A Magyar Röntgentársaság tudományos ülését kivételesen nov. 12-én, szombaton este, 7 órakor tartja a gróf Apponyi Albert Poliklinika előadó termében. Előadás: **J. Borak** (a Holzknecht-féle intézet carcinoma-therapia osztályának vezetője): A Coutard-féle röntgentherapia lényege.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen: **György Gyula Bertalan, Németh Ödön Pál, Zemling István Ernő.** A pécsi Tudományegyetemen: **Marek Antal, megyesi Schwartz Pál, Metz Márton, Lindenbaum Sándor.** Üdvözljük az új Kartársakat!

A KIADASERT FELELOS VAMOSSY ZOLTAN

PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

Tolna vármegye tulajdonát képező Horthy Miklós kórháznál újonnan rendszeresített és a m. kir. Belügyminis-ter úr 237.670—932—XVI. sz. rendeletével betölteni engedélyezett egy szülészorvosi és egy alorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A 124.000—1926. N. M. M. sz. körrendelet értelmében a főorvosi állás az állami rendszerű X., az alorvosi állás pedig a XI. fizetési osztály szerinti illetmények élvezetével van egybekötve, illetve az alorvos lakbér helyett természetbeni lakást és kedvezményes ellátást élvez A főorvosnak a 149.000—1924. N. M. M. számú rendeletben előírt szülész-nőgyógyász szakorvosi képesítéssel kell rendelkeznie.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az alábbi előírás szerint felszerelt pályázati kérvényeiket a vármegye főispánjához címezve hozzám legkésőbb 1932. évi november hó 20. napjának déli 12 órájáig feltétlen nyújtsák be, mert a később beérkező kérvények figyelembe nem vehetők.

Azok, akik a 12.773—1932. sz. pályázati hirdetmény alapján kérvényüket már benyújtották, csak egy külön beadva-

nyon jelentsék be hozzám, hogy pályázatukat fenntartják.

A pályázati kérvényhez csatolni kell: 1. a születési bizonyítványt, 2. a magyar állampolgárságot igazoló bizonyítványt, 3. az orvostudori oklevelet, 4. a főorvosi állásnál a szülész-nőgyógyász szakorvosi képesítést igazoló bizonyítványt, 5. curriculum vitae-t, 6. az eddigi szolgálatokat igazoló bizonyítványokat, 7. a forradalom és a kommunizmus alatti magatartást igazoló bizonyítványt és végül 8. a testi és szellemi alkalmasságot igazoló hatósági orvosi bizonyítványt.

Az állásokat a vármegye főispánja kinevezés útján fogja betölteni.

Szekszárd 1932. október 29.
Szám: 17.777—1932.

Szévald Oszkár
alispán.

Lapunk mai számához dr. Wander gyógyszer- és tápszer-gyár Rt., Budapest, Jemalt-ról szóló prospektusát mellékeljük.

SZT. LUKÁCS FÜRDŐ és gyógyszálló
a reumás betegek évszázados gyógyhelye.
Telefon: 560—80.

METALIX-FÉM röntgenlámpák
röntgengépek

BARTA ÉS SZÉKELY R.-T., MÚZEUM-KÖRUT 37. Telefon: Aut. 840—97

Állami forrás

Nieder-Selters

A természetes Selters-víz
régóta ismert és bevált gyógyvíz influenza, a légzőszervek és a torok megbetegedései ellen. Tüdőbetegségeknél csillapítólag hat.

Kapható gyógyszertárakban, orvosiakban, fűszer- és csemegekereskedésekben, valamint a vezérkereskedésnél.

Édeskuty L. Ásványvíz Kereskedelmi Rt. Budapest, V. Erzsébet-tér 8.
Telefon: 814—28.

A forrás kimerítő ismertetését a Nieder-Selters központi irodája, Berlin W8, Wilhelmstrasse 55, bármikor ingyenesen rendelkezésre bocsátja. A Nieder-Selters állami forrás Hessen-Nassauban az egyetlen gyógyvíz Selters néven, amely csakis eredeti állapotban kerül töltesre és szétküldésre.

Horváth Boldizsár:

A gyakorló orvos orthopaediája. 230 oldal.

110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5— P

Soós Aladár:

Étrendi előírások. III. bővített kiadás 5— P

Kunszt János:

A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal 5:50 P

Vászonba kötve 7— P

Orsós Ferenc:

Körboncolás vezérfonala. 86 oldal 2— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a

Markusovszky Társaság. 196 oldal 3:50 P

Krepuska István:

A füleredetű agytályog kór és gyógytana 4— P

Rigler Gusztáv:

Közegészségtan és a járványtan tankönyve
25— P helyett 5:70 P

Kapható a kiadóhivatalban.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLO

BELÁK SÁNDOR
HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Kuncz Andor: Adatok a továbbviselt méhenkívüli terhesség diagnostikájához és therapiájához. (1007—1011. oldal.)

Petrányi Győző: Klinikai adatok a keringővér mennyiségének meghatározásához. (1011—1015. oldal.)

Buday László és Fernbach József: A vegetatív idegrendszer állapota idült polyarthritiben. (1015—1017. oldal.)

Hofhauser János: A száj és garat rosszindulatú daganatairól kórszöveti vizsgálatok alapján. (1017—1019. oldal.)

Perémy Gábor: A chronaxia agyvelői izomsorvadásban. (1019—1021. oldal.)

Varga Aladár: A vérkép értékelése bőrtuberculosisban. (1021—1023. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (177—180. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. Urologia. — Gégészet. — Fülgyógyászat. (1023—1025. oldal.)

Könyvismertetés: (1025. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1025—1028. oldal.)

Vámosy Zoltán: Honoris Causa doktoravatás a lyoni egyetemen. (1028. oldal és a borítólapon III. oldalán.)

Bayer Emil: „Fenn tudjuk-e tartani a Szövetséget, Kamara mellett?” (a borítólapon III. és IV. oldalán.)

Vegyeshírek: (a borítólapon IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Borsod vm. Erzsébet kórháza szülészet-nőgyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Kuncz Andor c. rk. tanár.)

Adatok a továbbviselt méhenkívüli terhesség diagnostikájához és therapiájához.

Irta: Kuncz Andor dr. egyetemi c. rk. tanár.

A továbbviselt méhenkívüli terhesség már ritkaságánál fogva is a klinika vagy kórház anyagában szóróványosan szerepel és így nincs mód arra, hogy nagyobb anyagon szerzett tapasztalatok alapján kezelésükre mindeki által elfogadott elveket állíthassunk fel.

Osztályomon 2 év alatt 2 kiviselt és 2 hat hónapon túli méhenkívüli terhességet volt alkalmam észlelni és műtéti úton meggyógyítani. Úgy hiszem, tapasztalataim adatokat szolgáltatnak az egységesebb felfogás kialakulására.

I. Eset: (Felv. 1929. XII. 30., elb. 1930. III. 25.) 25 éves férjes nő. Terhességének II. hónapjában görcsös fájdalom, elájult, több hétig fekvő beteg volt, később javult, de hasában időnkint görcsös fájdalmakat érzett. Utolsó vérzése július elején. Felvételkor állapota leromlott. Észlelésünk alatt is többször vannak, különösen jobb oldalt, fájdalmak, álmatlan, étvágytalan, közérzete rossz.

Vizsgálat: portio folytatásában, bal oldalra hajolva, kis ökölnyi, puhább izomtapintatú képlet érezhető, amely vizsgálat közben megkeményedik, mögötte a hasüreget részben kitölti egy elastikus, tapintásra fájdalmas resistentia, melyben magzati részek tapinthatók. Alsó pólusa a hátsó hüvelyboltozatot ledomborítja és a Douglast kitölti. A Douglasban levő magzati rész síma felszínű, csontos tapintatú, feltűnő közel érezhető a hüvelyboltozathoz, úgy, hogy a varratokat is ki lehet tapintani, ez a magzat feje. A jobb oldalon elhelyezkedő magzati rész a medence-tányér fölött köldökmagasságig ér, egyenetlen, puhább tapintatú, ez a magzat fara. A magzatot körülvevő feszes hártynak consistentiája vizsgálat alatt nem változik. A magzat szívhangjai jobb oldalt a köldök alatt jól hallhatók.

Diagnosis: VII. hónapos méhenkívüli terhesség.

Az asszony szeretne élő gyermeket és ezért arra törekszünk, hogy a magzat életképességét kivárjuk, amit azonban megnehezít a beteg cachexiás állapota úgy, hogy a VII. és VIII. hónap között el kell végeznünk a műtétet.

Műtét 1930. II. 27.-én, aether narcosisban. Hasmet-szés után látható a petezsák, amely jobb oldalt széles kocsonyon függ össze a méhvel. Felső részletét csak vékony burok alkotja, bal felé a sygma mesenteriumával, jobb felé a coecummal, felsőbb része részint a sygmával, részint a vékonybelekkel van összenőve. Miközben összenövéséből kiszabadítjuk, a burok megreped, s a magzatot lábánál fogva eltávolítjuk, életképes, hangosan sír. A magzat eltávolítása után előbb a jobb ligamentum infundibulo-pelvicumot fogjuk le Kocher-rel, majd a tuba sarok felől a tubát és a mesosalpinxot és ezek átmetszése után sikerül a méh hátsó falára és a mesosygmára rá-nőtt lepény alá jutni és azt tompán leválasztani. A leválasztás helyén keletkezett erősebb venosus vérzést Kocherekkel lefogva sikerült csillapítani, anélkül, hogy a sygmához haladó fontosabb ereket kellene elkötnünk. A petezsák többi részét az omentumról, a vékonybelek-ről, a coecumról és a Douglas peritoneumáról tompán vá-lasztjuk le, a csekélyebb parenchymás vérzést tamponnal csillapítjuk. A bal oldali adnexum lenőtt, összenövéséből felszabadítjuk, mikor kiderül, hogy a tuba hasúri vége el-záródott. Nem lévén meg a lehetősége annak, hogy a be-teg újból teherbe jusson, a petezsák tapadási helyén ma-radó sebfelület drainezése és a hasüregből kiiktatása szempontjából helyesebbnek véljük, ha a méhtestet el-távolítjuk, annál is inkább, mert a méh hátsó fala is a petezsákról leválasztás után peritoneum-fosztottá lett. A baloldali petefészek visszahagyása után elvégezzük a méh csonkolását és Tóth-drainaget alkalmazunk. A draine-zett felület fedésére a hólyag peritoneumát a sygma appendix epiploicaihoz varrjuk. A lepény tápláló erei a jobboldali arteria ovarica és uterina ereiből származtak. A lepény a tuba alsó falán tapadt és onnan nőtt kifelé az uterus hátsó fala és a sygma irányában. Az eltávolított magzat súlya 2000 gr., hossza 44 cm, feltűnik a koponya deformitása, a bal temporo-parietalis részen egy mély

vályú alakú horpadás van, teste sovány, de más rendellenességet rajta nem találtunk. A horpadás a fejnek azon a helyén van, amely rajta feküdt a promontoriumon, létrejövetelét megmagyarázhatja az a nyomás, melyet a feszes hasfal és petezsák között levő méh kifejtett rá. A magzat műtét után 11 napig él, eleinte elég jól táplálkozik, de azután állandóan fogy és általános gyengeségi tünetek között bekövetkezik a halál. Betegünk műtét után pár napig lázas, de állapota fokozatosan javul és négy hét múlva gyógyultan távozik.

II. Eset. D. E. 28 éves. I. Felv. 1931. I. 14-én, elb. I, 20-án II. Felv. II. 12-én, elb. IV. 29-én. VI. P. Előző terhességei alatt is sokat hányt és nagy mértékben leromlott. Első 2 terhességét kiviselte, de magzatjai állítólag a szülés alatt meghaltak. Harmadik terhességében a magzat a szülés előtt 6 héttel halt el, de rendes időben szült. Negyedik terhessége koraszüléssel végződött a VII-ik hónapban, magzat a szülés alatt halt el. Ötödik terhessége méhen kívüli volt, hasúri vérzés miatt operálták és a jobb oldali petevezetőt és petefészkét is eltávolították. Hatodik terhességének adatai a következők: utolsó vérzése 1930. IV. 24-én volt, június hó közepén váratlanul alhási görcsöket kap, eszméletét elveszíti, két hétig fekszik, majd felkelvén, felkeresi N. N. szakorvost, aki nem tudott terhességet megállapítani nála. Juliusban ismét hirtelen rosszul lesz, elájul, három hétig fekszik. Szeptember közepén érzi először a magzat mozgását, akkor újból felkeres egy másik szakorvost, aki 5 hónapos rendes terhességet állapít meg nála. Október hó közepén csillapíthatatlan hányás és alhási görcsök miatt kórházi osztályra kerül, ahol 10 napig fekszik. Ezután is gyenge, étvágytalan, időnkint szédül. 1931. január közepén szülőfájásszerű görcsökkel osztályunkra szállítják. Feltűnő cachexiás állapota, nyelve lepedékes, gyakoriak hasgörcsei, fájdalom-szünetekben is érzékeny a has.

Vizsgálat: A hasat köldök fölé 2 ujjnyira érő képlet tölti ki, amely feszes, elasztikus, tapintásra érzékeny, magzatrészek érezhetők benne. A koponya a medence bemenetben rögzült, a far a köldök fölött, szívhangok a köldök alatt bal oldalt hallhatók. Figyelembe véve a beteg anamnesisét, négyszer szült halott magzatot, luesre gondolunk és a jelenlegi folyamatot koraszülésnek tartjuk. A görcsös fájdalmak kimaradnak, véres hasmenése kezdődik, amiért a járványkórházba utaljuk. Onnan 2 hét múlva hazabocsátják gyógyultan. Három hét múlva jelentkezik osztályunkon újból, szülőfájásszerű görcsökkel. Lelet ugyanaz, csak magzati szívhangok már nem hallhatók. Mivel a szülés nem halad előre, belső vizsgálatot végzünk. Ekkor kiderül, hogy a nyakcsatorna zárt, a mellső hüvelyboltozatot ledomborítja a koponya, amely feltűnő közel van a hüvelyboltozathoz. Mivel a fej a kis medencében mélyen tapintható és a portio folytatásában érezzük a hasat kitöltő képletet, intrauterin terhességre gondolunk, csak amikor a szülés megindítása végett tágitjuk a méhnyakat, derült ki szondavizsgálattal, hogy a méhtest a fej mögött van és a méhür hossza 12 cm.

Diagnosisunk most már kiviselt méhen kívüli terhesség s mivel a beteg lázas és cachexiás állapota fokozódik, műtét mellett döntünk.

Műtétkor (1931. IV. 14. kiderült, hogy a hasüreget a méh bal oldaláról kiinduló tubo-abdominalis képlet tölti ki. A petezsák fala elég vastag, csak a koponya körüli rész vékonyabb. A képleten ovariumot sehol nem látunk, tekintve, hogy a jobb oldali adnexum már eltávolított, méhen kívüli terhesség miatt, a méhtest megtartásának nincs értelme, bal oldalról kiindulva a ligamentum infundibulo pelvicum és rotundum lefogása után a méh elülső falához, a mesosygmához, omentumhoz és a vékonybelekhez nőtt petezsákot a méh csonkolása után összenövéseiből tompán oldjuk és magzattal együtt teljes egészében épen eltávolítjuk. Tóth-drainage, a hólyag peritoneumát a sygma appendix epiploicaihoz varrva, a Douglas és a mesosyigma úrt a hasüregből kiiktatjuk. 3 hét múlva gyógyultan távozik.

Az eltávolított petezsákot rögzítő folyadékba helyezzük, leírása a következő: (Folkmann dr.) 2870 gr. súlyú, kemény, rostosfalú petezsák, melyből megnyitáskor véresen színezett folyadék ürül. A magzat kiviselt, érett. A petezsák felszíne síma, a magzat hátának megfelelő részén gyermektenyérszerű terület kötőszövetecafatokkal borított, ide nőtt a méh teste, az ellenkező falrészleten pengőnél valamivel nagyobb ovalis alakú, szélek felé elvékonyodó, dudoros képlet van. A lepény $1\frac{1}{2} \times 12 \times 16$ cm. Köldökszínór centralis tapadású. A magzaton kóros elváltozás nincs.

Szövetteni lelet: A petezsák fala durva rostozatú kötőszövetből áll, helyenkint degeneratio. A lepény tapadási helyén a kötőszövet lazább és számos capillarist tartalmaz, melyek tágulva átmennek az intervillous ürökbe. A kötőszövetes tok eredetére a kórszövetteni vizsgálat alapján véleményünk nem mondhatunk. A petezsákon talált megvastagodás a petezsák felé hyalinosan degenerált kötőszövetből áll, amelyre kifelé sejtdús szövet következik. A felszín alatt számos, világos sejtekből álló képletet találtunk, amelyeknek szerkezete elsődleges tüszőknek felel meg. A szélek felé a sejtdús szövet felrostozódik és átmeny a tok durva rostú állományába.

A beteget egy év múlva vizsgáljuk. Munkaképes, petefészek kiesési panaszai még vannak. Wassermann-vizsgálat eredménye: +++ pozitív. Antilueses kúrát ajánlunk.

III. Eset. F. B.-né 39 éves I. P. (I. Felvétel 1930 XII. 8. elb. XII. 30 II. Felv. 1931. VI. 28. elb. VIII. 19.) Nyolc éve van férjénél. 20 év óta él nemi életet. 12 évvel ezelőtt húgycsőhurutja volt. Utolsó rendes havi vérzése 1930. IX 10-én volt. Terhessége II—III.ik hónapjában vesszük fel először alhási görcsök és méhüri vérzés miatt. A beteg elmondja, hogy hirtelen lett rosszul, nem ájult el, hidegrázása volt, 2-szer méhéből kevés vérzés indult meg.

Vizsgálat: kis ökölnyi puha uterus, bal oldalt a Douglasba is leérő nagy szilványi, nem érzékeny képlet.

Diagnosisunk: Grav. m. II—III. Abort. imm.? Grav. extraut. I. sin?

Három heti észlelés után állapota lényegesen javul, de mivel a bal oldali képlet lényeges növekedését nem észleltük, hidegrázása volt, inkább egy criminalis abortus kísérletre gondoltunk. Másodszor 6 hónap elteltével a mentők szállítják be, hasi görcsökkel.

Belső vizsgálat: a portio folytatásában kb. 2 ökölnyi, egyenetlen felszínű, puhább tapintatú képlet érezhető, amely jobbra kitérve antepónálva foglal helyet. Vizsgálat közben a képlet időnkint megkeményedik. A hasat kitöltő resistentia a képlet mögött foglal helyet harántirányban szélesebb, köldökmagasságig ér, feszes elasztikus érzékeny fala van, melyen keresztül magzat részeket érzünk. A koponya jobb oldalt, a far bal oldalt a medence-tányéron foglal helyet. Magzati szívhangokhoz hasonló hangok tompán a köldök alatt kissé jobbra hallhatók.

Diagnosisunk: IX. hónap elején levő méhen kívüli terhesség.

A beteg alhási görcsei második napon kimaradnak, általános állapota annyira leromlott, hogy nagyobb műtéti behatás egyelőre ellenjavallt.

10 napi kezelés után állapota annyira javul, hogy műtetre előkészítjük.

Műtét: 1931. VII. 11. aether narcosisban. A has megnyitása után látható a petezsák, amely széles, lapos kocsnnyal függ össze a magzatfej nagyságú méh bal sarkával. A petezsáknak felfelé tekintő részén csak a burok fedi a magzatot, amely harántul helyezkedik el a petezsákban kevés magzatvizzel körülvéve. A magzat feje jobb

oldalt, fara bal oldalt a medencetányéron foglal helyet. A petezsák összenőtt az omentummal, bal oldalt a sygmával és mesosygmával, jobb oldalt a coecummal, eltávolítását, illetőleg leválasztását az említett képletekről a bal oldali ligmentum infudibulo-pelvicum és a mesosalpinx lefogása és átmetszése után kíséreljük meg, azonban a felső fala olyan vékony, hogy megreped és így a magzatot eltávolítva, részletekben választjuk le a mesosygmán rajta ülő placentát, majd az omentummal, coecummal és uterussal összenőtt petezsákot. A lepénnyel összenőtt mesosyigma erősebben vérzik, vérzés Kocherekkel csillapítható. A lepény tápláló érforrásai a baloldali arteria ovarica és uterina felől származnak. Tekintve, hogy a méhben myomás göbök vannak, továbbá a jobb oldali tuba beteg és elzáródott, a petezsák leválasztása után visszamaradt sebürege drainézése szempontjából helyesebb a jobb oldali petefészék visszahagyása után a daganatos méh csonkolása. A csonkolás után Tóth-drainage s a drainezett terület fedésére a hólyag peritoneumát hozzá varrjuk a sygma appendix epiploicáihoz. Az eltávolított méhtestben ökölnyi myoma göb van, a lepény a tuba alsó falán tapadt és onnan nőtt a mesosyigma felé, tápláló erei az arteria ovarica és uterinából származnak. A bal oldali ovarium bevérzett, kékes-fekete színű. Az eltávolított magzat súlya 2400 gr, hossza 46 cm, szív működése nincs. A koponya oldalról kissé lelapított, de különösebb testi hiba nincs. Műtét után a betegen napokon keresztül szapora az érőkés, peritoneális izgalomban van, de érélyes utókezelésre javul az állapota. A gyógyulást hátráltatja a 2. héten jelentkező pyelocystitis, amely miatt még hetekig kell kezelnünk, de műtét után 5. hétre gyógyultan távozik.

IV. eset. I. M. (1. fel. 1932. III. 16. elb. II. felv. V. 23. elb. VI. 15-én) 26 éves hajadon. Egy év óta él nemi életet, nemzőszervi betegsége nem volt. Utolsó rendes vérzése 1931. XI. 21-én. Először decemberben volt rosszul, de nem ájult el, csak baloldalt alhasi fájdalmak kínozták. 1932. márciusban hirtelen rosszul lesz, elájul, ekkor a mentők beszállítják osztályunkra. Beszállításkor vizsgálatom először a beteget, akinek főpanasza a vizeletrekedés, 24 órája, hogy nem vizelt, hasában igen erős görcsei vannak. Csapolásnál kb. 1½ liter vizeletet távolítottunk el. Belső vizsgálat: portió magasan a symphysis felett van, nehezen érhető el. Hátsó hüvelyboltozatot ledomborítja, feszes, elastikus fluctáló képlet, melyen keresztül folyadékkal körülvéve magzat apró részekhez hasonló göbök lehet érezni. A méhtestet nem találjuk a méhnyak folytatásában, elvész abban a képletben, amely a Douglast kitölti és a symphysis fölé 4 harántujjnyira ér. A lelet és az anamnestikai adatok teljesen megfelelnek egy IV—V. hónap közötti lévő hátraajlott terhes méh kezdődő incarcerationiójának. A feszes és érzékeny hason keresztül a tapintás nehezített. Észlelésünk alatt a vizeleti nehézségek megszűnnek, de a has érzékenysége megmarad. 4 heti észlelés után azzal bocsátjuk el, hogy ha rosszullét vagy görcsös fájdalom lépne meg azonnal jelentkezék osztályunkon.

Másodszor 1932. V. 23-án jelentkezik. Ellenőrző vizsgálatra jött be. Elmondja, hogy 2 ízben volt 1—2 percig tartó szédülése, egyébként jól van. Három hét óta érzi a magzatmozgásokat, melyek nem fájdalmasak. A nőgyógyászati lelet annyiban változott, hogy most már a portió folytatásában bal oldal felé egy kis ökölnyi izomtapintatú képlet érezhető, mely vizsgálat közben megkeményedik, alakja teljesen megfelel egy megnagyobbodott méhtestnek. Mögötte a hasüreget és a Douglast a köldök fölé 2 ujjnyira érő elastikus, feszes falú resistentia tölti ki, melynek felső részében kemény, sima felszínű magzati nagy rész — fej — érezhető, a hátsó hüvelyboltozatot mélyen bedomborító részletében apró részek — láb — tapintható.

Diagnosisunk most már VI. hónapon túli méhenkívüli terhesség.

Mivel betegünk nem ragaszkodik a magzat életben maradásához és kéri, hogy minél hamarabb operáljuk meg, kezdődő cachexiája is van, így nem tartjuk javultnak a várakozást és előkészítjük a műtétre. Előzetesen röntgenfelvételt végeztünk, melynek eredménye a következő: VI. hónapos magzatnak megfelelő csontosodások, a magzat gerincoszlopa balol-

dalon, apró részek a jobboldalon. A koponya legfelső pontja a III. ágyékcsigolya legfelső peremének magasságában van.

Műtét aether narcosisban 1932 V. 30-án. A hassebben látható egy kb. kisökölnyi izomtapintatú képlet, amely a méhtest, hátsó falával össze van növe a petezsák, amelyben a lepénynek egy részlete is benne van. Az omentum fedí a hasüreget kitöltő képletet, vége le van növe a petezsákhoz és a méhfénékhez. Az omentumot összenövéséből felszabadítjuk és a hasfal elé visszahajtva törlek közé helyezzük. A petezsák leválasztását az uterus hátsó falán kezdjük meg, közben a lepény felől erős vérzés indul meg, melyet Kocherekkel csillapítunk, a vékony burok megreped a magzatvíz kiömlik és a magzat egyik lába megjelenik a burok nyílásában. A magzatot lábánál fogva megragadjuk és kiemeljük, a köldögzsinort átmetszve eltávolítjuk. A lepényt tapadási felszíne erősen vérzik, ezt úgy csillapítjuk, hogy a jobb oldali tuba sarkot és mesosalpinxot Kocherekbe fogjuk és a lepényt gyorsan eltávolítjuk. A baloldali adnexus lenőtt összenövéséből felszabadítjuk, mikor is kiderül, hogy a feltűnően hosszú tuba elzáródott. Figyelembe véve azt, hogy a beteg úgysem juthat teherbe, másrészt az uterus hátsó fala az összenövések oldása után peritoneum fosztott, az amúgy is nagy sebürege parenchymás vérzésének csillapítása végett drainézésre van szükség, a műtét megoldás a betegre nézve akkor lesz legkedvezőbb, ha a baloldali ovarium visszahagyásával az uterust csonkoljuk és a petezsák visszamaradt részletét lehetőleg eltávolítjuk. Az uterus csonkolása után a petezsák teljes eltávolítása sikerül, azonban a parenchymás vérzést csak tamponade-dal tudjuk csillapítani. A sebürege fedésére a hólyag peritoneumát és a sygmát használjuk fel. Az eltávolított képlet megvizsgálásakor kiderült, hogy jobboldali valószínűleg ampullaris terhességből alakult ki a tubo-abdominalis terhesség, a lepény a tuba alsó falán tapadt, tápláló érforrásai a jobboldali arteria ovarica és uterina ereiből származtak. A magzat eltávolítása után 26 órát élt, súlya 1100 gr., hossza 40 cm, fejkerülete 25 cm. Műtét után a beteg állapota kielégítő, harmadik napon a tampon eltávolításakor bőven ürül híg véres váladék, 2 hét múlva gyógyultan távozik.

A tovább viselt méhenkívüli terhesség *diagnosisának* felállításakor igen fontos a pontos anamnesis. Eseteinkben közölt adatokat többszörös kihallgatás után sikerült összeállítani és még intelligensebb betegek is az adatok chronologikus sorrendjére nehezen emlékeztek vissza. Első két esetünkben a terhesség II-ik és III-ik hónapjában tipikus attaqueok voltak, az egész terhesség alatt zavart az általános közérzet, a III-ik hónapon túl is van hetekig elhúzódó hányás, étvágytalanság, gyakori hasfájdalom, mely tünetek miatt bizonyos fokú cachexia fejlődik ki. Harmadik esetünkben a terhesség II—III. hónapjában kórházi észlelés alatt is állott a beteg s bár meg volt a gyanú extrauterin graviditásra, kifejezett tünetek hiánya és a beteg általános állapotának javulása miatt műtét beavatkozást nem tartottunk javultnak. Kétségtelen, hogy a terhesség elején jelentkező attackszerű tünetek fel kell, hogy keltsék a gyanút extraut, graviditásra, de mivel éppen ezekben az esetekben nem szoktak a tünetek életveszélyesek lenni, belső vérzés alig van, még szakember részéről is meg van a hajlandóság arra, hogy a beteget conservative kezelje. Negyedik esetünkben a terhesség első hónapjaiban hirtelen rosszullét nem volt, csak a terhesség V-ik hónapjának elején jelentkezik az első rosszullét vizelet rekedéssel, amikor is a vizsgálati lelet szerint inkább egy IV. hónapon túli terhes méh kezdődő incarcerationiójára kellett gondolnunk és csak amikor a tovább növekvő petezsák a méhet a hasfalhoz közelebb nyomta és a méhtest tapinthatóvá lett, alakult ki a méhenkívüli terhesség *diagnosisa*.

A nőgyógyászati vizsgálatnak a *diagnosis* felállításában főleg a méhtest kitapintására kell törekednie. Könnyű a *diagnosis* akkor, ha a méhtest a petezsáktól jobbra vagy balra helyezkedik el, nehezebb, ha a petezsák előtt és még nehezebb, ha a petezsák mögött, ahhoz hozzá növe foglal helyet. Négy esetünkben mindegyik lehetőségre meg volt a példa. Az első és harmadik esetben a méhtest a petezsáktól oldalt foglalt helyet és már az első vizsgálatkor

figyelembe véve az anamnestikai adatokat, diagnosisk VII. hónapos méhenkívüli terhesség volt. Második esetükben azonban, bár az anamnesisben tipusos tünetek szerepeltek, mivel a többi terhességben is voltak hasonló tünetek, magzatok mind halva születtek, továbbá az a körülmény, hogy a méhtest, — mint ez a műtétben kiderült, — a petezsák hátsó falához növe foglalt helyet, a diagnosis felállítását megnehezítette. A klinikai tünetek több napon keresztül észlelése felkeltette a gyanút, mikor is a sondavizsgálat és az anamnestikai adatok pontosabb kikérdezése alapján mégis csak kiviselt méhenkívüli terhesség lett a diagnosiskunk. Negyedik esetünkben a méhtest a petezsák felső részletére nőtt és mivel a has állandó defense-szerű összehúzódásában volt, kitapintása az első vizsgálatkor nem sikerült, mikor azonban a növekvő petezsák a hasfalhoz emelte, a diagnosis már helyesbíthető volt.

A *Hoehne* által ajánlott pituitrin próba annak eldöntésére, hogy a hasban tapintható képlet méhtest-e vagy petezsák nagyon jól felhasználható, de ahol a méh kitapintható, annak dörzsölésével is kiváltható a contractio. Már nehezebben értékesíthető ez a jel azokban az esetekben, amikor a méhtest a tapintó kéz számára hozzáférhetetlen, mint ahogy ez a második és negyedik esetünk első észlelésekor volt. Ilyenkor csak a méhsonda vizsgálata, esetleg a hysterographia segíthet hozzá a biztos diagnosis felállításához. Nagyon különböző lesz a vizsgálat eredménye aszerint, hogy roham alatt vizsgáljuk-e a beteget vagy amikor már a peritoneális izgalmi tünetek visszafejlődtek és a belek kiürültek. Egyik továbbviselt és itt nem közölt 4—5 hónapos méhenkívüli terhességben a beteget szakemberek észlelték mind a három roham alkalmával. A második rohamban Bécsben kórházi kezelés alatt is állott. A helyes diagnosis felállítását megnehezítette a lázas állapot és a meteoristikus érzékeny has, melyen keresztül a tapintás nehezített volt. Én az esetet a harmadik rohamnál láttam először, amikor kezelő orvosom előtt méhenkívüli terhesség gyanúját említettem, figyelmeztetve őt, ha a beteg állapota nem javul, műtét beavatkozása is szóba jöhet. Hetek múlva újból vizsgáltam a beteget, amikor már a magzat elhalt, peritoneális izgalmi tünetek visszafejlődtek és kialakult egy olyan lelet, ahol külön lehetett tapintani a méhtestet és az előtte elhelyezkedő kb. 2 ökönyi petezsákokat. Diagnosisom ekkor már V. hónapos méhenkívüli terhesség volt elhalt petével. A műtét diagnosisomat igazolta.

A továbbviselt méhenkívüli terhesség *therapiájában* régebben az volt az általános eljárás, hogy mikor felismerték, tekintet nélkül a magzat életképességére, kellő előkészítés után megoperálták, csak ha a beteg nem egyezett bele a műtétbe, kezelték conservative.

Mióta *Lichtenstein* több szerencsés kimenetelű esetet közölt, melyekben kivárták a magzat életképességének idejét és akkor operálták, került homloktérbe az a kérdés, hogy jogosult-e élő magzatra a várakozás azért, hogy életképes magzatot hozzassunk világra és nem tesszük-e ki nagyobb veszedelemnek ez által az anya életét. *Lichtenstein* közlése óta hol pro, hol contra nyilatkoztak ebben a kérdésben az egyes észlelők. Két esetünkben merült fel ez a kérdés. Az első esetben figyelembe vettük a betegnek kívánságát, mivel 11 évi házasság után jutott először teherbe és ragaszkodott a magzat életbenmaradásához. Több heti észlelésünk alatt a beteg gyakori rosszullétei, álmatlansága, étvágytalansága fokozta a cachexiás állapotot úgy, hogy a 30. hétnél tovább várni nem tartottuk jogosultnak és mivel a magzatot életképesnek tarthatuk, elvégeztük a műtétet. A magzat élve jött világra és 2 hétig élt is, de egyrészt a koponya deformitása, másrészt táplálkozási zavarok miatt exitált.

Végeredményben tehát hiábavaló volt a várakozás, a magzat életben nem maradt. Számtalan hasonló esetet olvashatunk az irodalomban, mikor a magzatok testi kifejlődésükben elalaktalanodva kerülnek az extraut. életbe és nem alkalmasak a továbbélésre. Negyedik esetünkben az a megfontolás vezetett, hogy mivel a terhesség még csak VI. hónapos, úgyhogy legalább 6 hetet kellene várnunk ahhoz, hogy életképes magzatot remélhessünk, bár a Röntgen lelet a magzaton semmi deformitásra gyanús tünetet nem mutatott és a magzat szabad fejlődésének lehetősége is megvolt, a beteg cachexiás állapota, idegrendszerének nagyobb fokú megviseltetése, ellenjavalta a várakozást, annál is inkább, mert terhesség nem óhajtotta a műtét elhalasztását és magzatának életben maradását.

Ha összehasonlítjuk azoknak a betegeknek állapotát, akiket elhalt magzattal a terhesség végén operáltunk a VI—VII. hónapon túl élő magzattal operált betegek állapotával, azt kell mondanunk, hogy sokkal súlyosabb cachexiás állapotban volt a 2 kiviselt magzattal operált terhes és a műtét utáni állapot is quo ad vitam napokon keresztül kétségesebb volt, mint a VI. és VII. hónapban operált esetekben. Feltételezhető, hogy a cachexia kifejlődésében annak is szerepe van, hogy az ilyen betegek idegrendszere állandó izgalomban van. Maga az a tudat, hogy őket meg kell operálni, másrészt a gyakran jelentkező hasi fájdalmak károsan befolyásolják közérzetüket, étvágytalanná és álmatlanná teszik őket s ha még ehhez hozzávesszük a bél felőli fertőzés lehetőségét, esetleges belső hasi vérvzés veszedelmét, nagyon megfontolandó, hogy várakozzunk-e az operációval és ez által előre nem látható veszedelemnek tegyük ki a beteget. A műtét technika is tökéletesebben oldhatja meg azokat az eseteket, ahol az összenövészek könnyen oldhatók és fertőzés nincs jelen. Véleményünk szerint csakis megválogatott esetekben, ahol a magzat elhelyezkedése és a Röntgen felvétel alapján remélhetjük, hogy a magzat életképes lesz — jöhet szóba állandó megfigyelés mellett a várakozás, ami természetesen csak intézetben elhelyezés mellett lehetséges.

A műtét technikára vonatkozólag a következőket tartjuk érdemesnek felemlíteni. Mind a négy esetünkben a lepény genitális tapadású volt és bár a mesosygmához oda volt növe, a petezsákkal együtt teljes egészében el tudtuk távolítani. A mesosyigma vérvzés helyét leghevesebb Kocherrel lefogni és a vérvzést a Kocher körül alakítócsípővel csillapítani, így a sygmát tápláló fontosabb ereket meg tudjuk kímélni és elkerülhetjük a sygmanecrosis veszedelmét.

A műtét technikát lényegesen befolyásolja az a körülmény, hogy az eseteket aseptikusnak tarthatjuk-e vagy a vérvkép vizsgálat alapján és az észlelt hőemelkedések miatt fel kell tételeznünk, hogy infectio van jelen. Fontos körülmény az is, hogy a petezsák tapadási helyéről történő parenchymás vérvzés csillapítása hogyan lehetséges. Mind a négy esetünkben ezek az okok szerepeltek akkor, amikor a méh csonkolását végeztük el és nem tartottuk meg a méhtestet, mert a parenchymás vérvzés csillapítása és a fertőzésre alkalmas területek kiiktatása szempontjából ez előnyösebb volt. Figyelembe vettük ugyan mindegyik esetünkben a beteg újbóli teherbe jutásának biztosítását is, azonban három esetünkben az ellenkező oldali tuba el volt záródva, a negyedik esetben pedig tubaris terhesség miatt ki volt irtva, így ez a törekvésünk nem volt keresztül vihető. Három esetben sikerült az egyik ovariumot megtartani, a másik esetben a jobb oldali ovariumot eltávolították a tuba ruptura operálása során, a baloldali ovarium pedig részt vett a petezsák képzésében. Mind a négy esetben szükségessé vált a drai-

nezés, részben a parenchymás vérzés csillapítása, részben a mindig fertőzésre gyanús petezsák körüli hasúri részlet váladékának levezetése végett. Mi a gaze csíkot, ha a beteg láztalan 2×24 óra múlva, ha magasabb láza van, már 24 óra múlva eltávolítjuk. Ha a csík eltávolításával bő váladék ürül, a drainnyílás nyitva tartása végett újból gaze csíkot vezetünk be a nyíláson keresztül.

Mindezeket a tanulságokat figyelembe véve az a meggyőződésünk alakult ki, hogy a méhenkívüli terhesség kiviselése nagy veszedelmet jelent a terhesre és ha sikerül is műtét útján meggyógyítani, ez legtöbbször a beteg belső nemző szervei működésének részbeni vagy teljes megszüntetését vonja maga után. Jobb eredményeket ebből a szempontból a prophylaxistól várhatunk. Meg kell akadályozni a méhenkívüli terhesség élő alakjaiban a terhesség kiviselését. Természetesen itt szükség van a gyakorló orvos kartársak segítségére is, hogy mindazokban az esetekben, ahol a legsekélyebb gyanú van tubaris abortusra, vegyék igénybe szakorvosok segítségét és ha több heti észlelés alatt az esetleg kitapintott tubaris képlet növekedése megállapítható, a betegnek inkább a műtétet ajánljuk, mert ha korai stadiumban, az első 3 hónapban történik a műtét, conservative operálhatunk és legtöbbször megtarthatjuk a beteg belső nemző szervének működését is, hozzájárul még ehhez az az előny is, hogy a terhesség elején végzett műtétek prognosisa sokkal jobb.

A Ferenc József Tud. Egyetem Gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Kramár Jenő ny. rk. tanár.)

Klinikai adatok a keringővér mennyiségének meghatározásához.

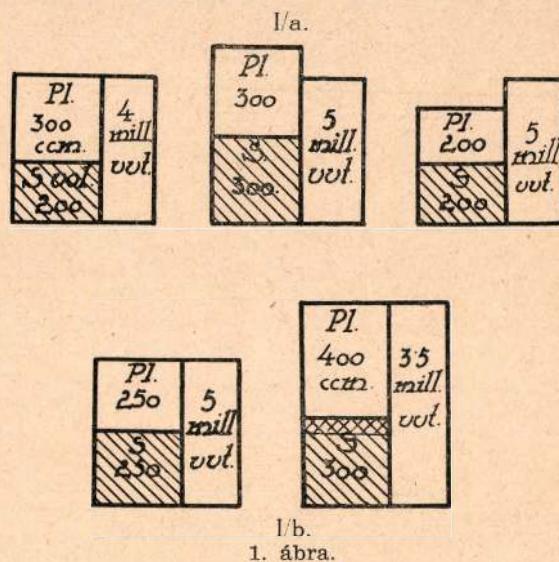
Irta: Petrányi Győző dr. egyet. tanársegéd.

A vérmennyiségvizsgálatok az utóbbi évek tudományos irodalmát sok értékes adattal gazdagították, sok kérdést egészen új szempontból világítottak meg. Ugy gondolom, hogy a kérdés már megérett arra, hogy vele ehelyütt is foglalkozzanak. Jelenleg a methodikai rész teljes kapcsolásával, hivatkozva a Magyar Orvosi Archivum 1925. IV. f.-ben és az O. H. 1929. 34. sz.-ban megjelent cikkemre, a tárgyat klinikai és pathologiai szempontból óhajtom megvilágítani.

Közleményemet könnyebb áttekinthetőség kedvéért két fejezetre osztom. Az elsőben rá szeretnék mutatni a vörösvérsejtszámlálással és haemoglobin-meghatározással szemben a vérmennyiség vizsgálatoknak előnyére és jelentőségére, mely akkor a legszembetűnőbb, ha az anaemiák nagyságát, vagy a vérképző szereknek hatását akarjuk megítélni. A másodikban a keringő és összvérmennyiségnek pathologiai jelentőségéhez szeretnék adatokat szolgáltatni.

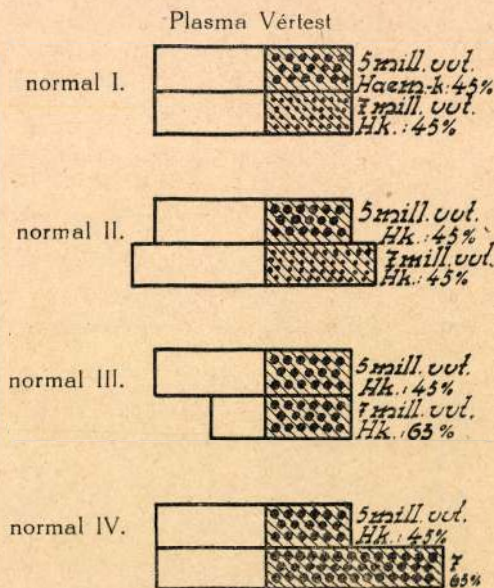
Mi a vérmennyiségvizsgálatnak az előnye a vörösvérsejtszámlálással és haemoglobin-meghatározással szemben? A keringővérmennyiségnek meghatározása realisabb adatokat nyújt, mint a vörösvérsejtszám-, vagy haemoglobin-meghatározás, mivel a vörösvérsejtszámlálással nem a vörösvérsejtek abszolút számáról, hanem egy relatív számról szerzünk tudomást, mely a sejtek és a plasma viszonyának függvénye. A vörösvérsejteknek száma hasonlóképpen megszorodhat, ha a sejtek abszolút mennyisége nő, vagy ha a plasma abszolút mennyisége csökken s ezáltal a vér sűrűbb lesz. Pl. 200 ccm sejtmennyiség 300 ccm plasmamennyiség, 4 millió v. v. s. sz. mellett a vörösvérsejteknek száma éppen úgy megszorodhat akár

1 millióval is, hogy a sejtek mennyisége nő 100 ccm-el, vagy a plasma mennyisége csökken 100 ccm-el.



A vérháztartás szempontjából is egészen más a jelentősége, ha valakinek 5 millió vörösvérsejtje van kevesebb vörsejt- és plasmavolumen mellett, mintha 3.5 millió vörösvérsejtje van relative és absolute is több sejt- és plasmamennyiséggel. Az utóbbit a vörösvérsejtszám alapján teljesen jogtalanul mondanák anaemiásnak, amikor pro kg testsúlyra számítva is több a sejt s plasma mennyisége.

Hogy a vörösvérsejtszámlálás megszokott s a köznapiban használatban elfogadható relativ adatai, a realis pontosságtól, melyet egyes tudományos kérdések megvilágításában meg kell követelnünk, mennyire távol esnek, Seyderhelm-nek schemáival jól bebizonyítható.



2. ábra.

I. Lehetséges, hogy a sejtek s a plasma mennyisége teljesen egyenlő, a vörösvérsejtszám mégis különbözik, mivel az egyes sejtek volumene kisebb.

II. Lehetséges, hogy nagyobb számú vörösvérsejt nagyobb mennyiségű sejtnak és vele parallel nagyobb mennyiségű plasmának felel meg, ha a sejtek átlagos volumene kisebb.

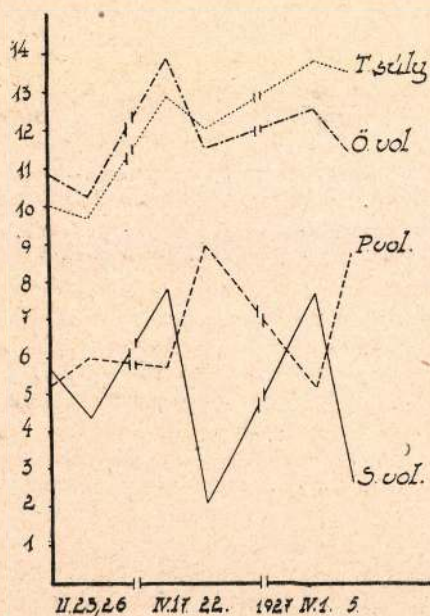
III. Lehet, hogy a vörösvérsejtek átlagos volumene azonos s csak azért találunk az egyik esetben nagyobb vörösvérsejtszámot, mivel a plasma mennyisége kevesebb azonos sejtmennyiség mellett, vagy mivel

IV. a sejtek abszolút mennyisége több azonos plazma-mennyiség mellett.

Ebből láthatjuk, hogy azonos vörösvérsejtszám mellett is lehet a sejtek mennyiségében lényeges különbség, viszont különböző sejtszám mellett is találhatunk a plazma és sejtmennyiség szempontjából teljesen azonos viszonyokat.

Az előbb említettek klinikai és pathologiai jelentőségét akkor tudjuk csak igazán értékelni, ha a kérdést az anaemiák s a vérképzőszerek hatásának helyes megítélése szempontjából világítjuk meg. Az anaemiák nagyságának helyes megítélése — itt főleg a secundaer anaemiákra s azokra gondolok, melyeknek az alacsony vörösvérsejtszámon kívül más karakterisztikumuk nincs — nagy nehézséggel jár. A vörösvérsejtszámlálás gyakran megtéveszthet bennünket, mivel aránylag sokkal nagyobb sejtesvesztésre vagy hiányra következtetünk belőle, mint az legtöbbször a valóságban van. A hibaforrás oka a plazma compenzáló megsaporodása, mely a megmaradt sejt mennyiséget még jobban felszorítja. Pl. ha egy gyermek akinek 500 ccm sejtmennyisége van s a vörösvérsejtjeinek száma 5,000,000 valamely anaemizáló tényező következtében 250 ccm vörösvérsejtet veszít, akkor a vörösvérsejtek mennyiségének felére csökkenésekor a vörösvérsejtszámnak hasonló arányú megváltozását várhatnánk, azaz 2,500,000 vörösvérsejtet. Ehelyett azonban a vörösvérsejtszámot a legtöbbször még alacsonyabbnak találjuk, mivel az elveszett vörösvérsejteknek a helyét a compenzálóan megsaporodott plazma tölti ki s ezáltal a megmaradt vörösvérsejtek, a megsaporodott hígító folyadék (a plazma) következtében látszólag még jobban megkevesebbednek, ami által a vörösvérsejtszámból a sejtek mennyiségének nem $\frac{1}{2}$ -re, hanem esetleg $\frac{1}{3}$ -ra csökkenésére következtethetünk.

Ez a tény a vérmérgekkel végzett vizsgálataimmal nagyon jól demonstrálható.¹⁾ Állatkísérletben a phenylhidrazinnak s natrium nitrosumnak hatását vizsgálva, az összvér-volumennek aránylag csekély ingadozása mellett, a nagy mérvű sejtpusztulást compenzáló plazma megsaporodás igen kifejezett s graphikonon is jól szemléltethető.



3. ábra.

Az ordinátán 1, 2, 3, 4 stb. számn jelent 1, 2, 3 millió vörösvérsejtet, illetőleg 10, 20, 30% haemoglobint; illetve 100, 200, 300 stb. plazmát, sejttér-fogatot, vagy összvér-mennyiséget, illetőleg 1, 2, 3 kg testsúlyt. Az abszcissára a meghatározások időpontját vettem fel.

Hogy a plazmának compenzáló megsaporodása mily nagy s a sejtek mennyisége mily mértékben csökkenhet meg, azt 1—2 anaemiás betegen óhajtom érzékeltetni.

1. sz. B. J. 8 é. 18.5 kg. Haemorrhagiás diathesis. Haematokrit: 9%; Vörösvérsejtszám: 890.000 (17.2%); Hb: 2.28 gr*); Össz. Hb 37 gr; Szín i.: 0.80; Átlagsejt vol: 101 μ^3 ; Összvér vol.: 1623 ccm. Plasma vol: 1475 ccm; Sejt vol: 148 ccm.

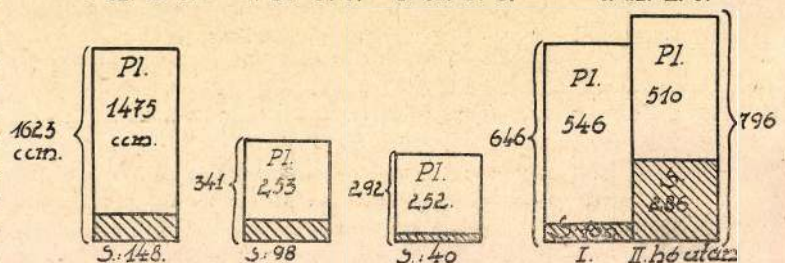
2. sz. O. J. 5 hó 4.5 kg. Secundaer anaemia. Haemat.: 26%; Vs. szám: 3,500.000 (76%); Hb. 10.9 gr. 66.6%; Össz Hb. 38 gr; Szín i.: 0.87; Átlag s. vol: 74.6 μ^3 . Összvér vol: 341 ccm; Plasma mennyiség 253 m; Sejt vol. 98 ccm.

3. sz. B. S. 3 hó. Pachymeningitis, haemorrhagica. Haemat: 13%; VVs. sz.: 1,695.000 (36.8%); Hb. 4.44 gr 26.9%; Össz Hb. 28 gr; Szín i.: 0.73; Átlag s. vol: 77.6 μ^3 ; Összvér vol: 292 ccm; Plasma vol: 252 ccm; Sejt vol: 40 ccm.

4. sz. L. I. 9 hó 8.2 kg. Kezelés előtt I. Secundaer inf. anaemia. Haemat: 15%; Vs. szám: 2,600,000 (56%); Hb. 5.93 gr 35%; Össz Hb 38.4 gr Szín i.: 0.63; Átlag s. vol: 59 μ^3 ; Össz v. vol: 646 ccm; Plasma vol: 546 ccm; Sejt vol: 100 ccm.

L. I. 11. hó. 79 kg. Kezelés után II. Haemat 36%; Vs. sz: 6,000.000 (130%); Hb: 15.3 gr 92.7%; Össz Hb: 121.8 gr; Átlag s. vol: 60 μ^3 ; Össz v. vol: 796 ccm; Plasma vol: 510 ccm; Sejt vol: 286 ccm.

1 sz. B. J. 2. sz. Ö. J. 3. sz. B. S. 4. sz. L. J.



4. ábra.

Az elsőből jól láthatjuk, hogy 148 ccm sejtvolumen mellett, a plazma compenzáló megsaporodása igen kifejezett. (1475 ccm.) Az esetnek érdekességét fokozza még, hogy az anaemia oly nagy fokú, hogy a gyermeknek összesen csak 37 gr. haemoglobinja volt, mely még kevesebb mint egy secundaer anaemiás (2. sz.) 5 hónapos csecsemőben talált Hb. mennyiség. (38.1 gr.)

3. sz. Pacchymeningitis haemorrhagicában szenvedő csecsemő, ebben az esetben észleltük a legkevesebb sejtmennyiséget, mellyel még egy ideig életképes volt a beteg. (40 ccm.)

4. sz. Összehasonlításként egy infectiósus csecsemő vérmennyiségét demonstrálom, kezelés előtt és után. Jól látható, hogy még kezelés alatt a sejtek mennyisége tetemesen megnő, a plazma mennyisége csökken.

E helyütt behatóbban nem foglalkozhatom a vérmennyiség szempontjából az anaemiákkal. Céлом csak az volt, hogy egy-két adattal alátámasszam a vérmennyiség vizsgálatoknak jelentőségét. Ha realis értékű adatoknak akarunk birtokába jutni, e vizsgálatokat a szokásos meghatározások mellett mindig el kell végeznünk.

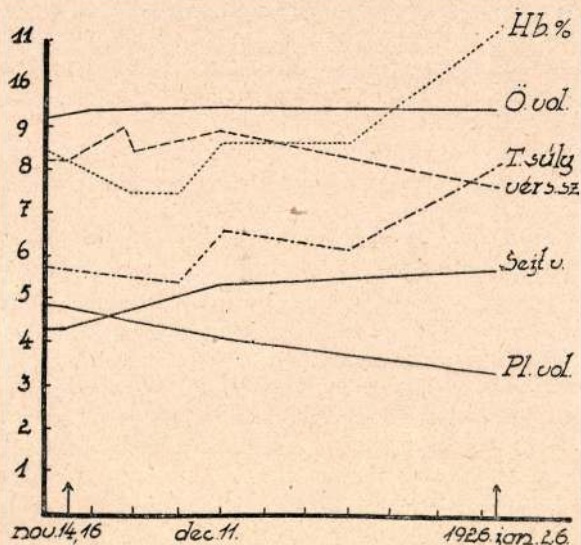
A vérképzőszereknek a vérmennyiségre hatása val foglalkozva arra az eredményre jutottam, hogy a vérszámlálás tájékoztathat bennünket a vér sejtjeinek a plazma térfogat egységében megváltozásáról, de a vörösvérsejtek összvolumenének megsaporodására s így a szervezet tényleges keringő vérmennyiségére nem vethet világot.

Van ugyan számos olyan jel, mely a vörösvérsejtek megsaporodásával kapcsolatban, a vörösvérsejtek fokozott regenerációjára utal (kisebb volumenű sejtek megjelenése, granulocyták megsaporodása avagy extrém esetben a

*) 10 gr vérben.

fiatalabb alakkelemek feltűnése stb.), a regeneratio eredményét azonban ezen jelekből egész pontossággal megítélni nem lehet. A regeneratio jelei a vérképzőszerek reactióképességének tünetei, melyek a vörösvérsejtcsere fokozódására utalnak csupán, eredményének pontos mértéke azonban a keringő vér mennyiségének meghatározása.

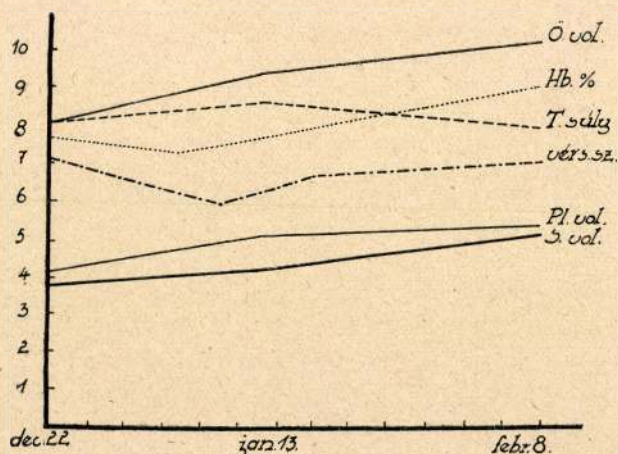
Feltevésem igazolására három graphikont közlök. I. Az arsenes kísérleteimnek eredményét rögzíti.²⁾



5. ábra.

A graphikonon azt látjuk, hogy az arsen hatására a vér összmenysége jóformán semmit sem változott meg. A sejtek mennyisége 140 ccm-rel (24%-kal) szaporodott meg, a plazmamennyiség ellenben 130 ccm-rel (27%-kal) csökkent; a vörösvérsejtszám 5,700.000-ról 8,200.000-re tehát 33%-kal; a Hb. pedig 29%-kal gyarapodott. A sejtek átlagos volumenének lényeges változása nélkül. A vörösvérsejtekből, a reálisnál nagyobbnak látszó gyarapodást (9%-kal) a plasma volumenének megcsökkenésére kell visszavezetnünk.

A vassal végzett kísérletek,³⁾ melyeknek egyikét a VI. sz. graphikonon szemléltetem, azt mutatja, hogy a

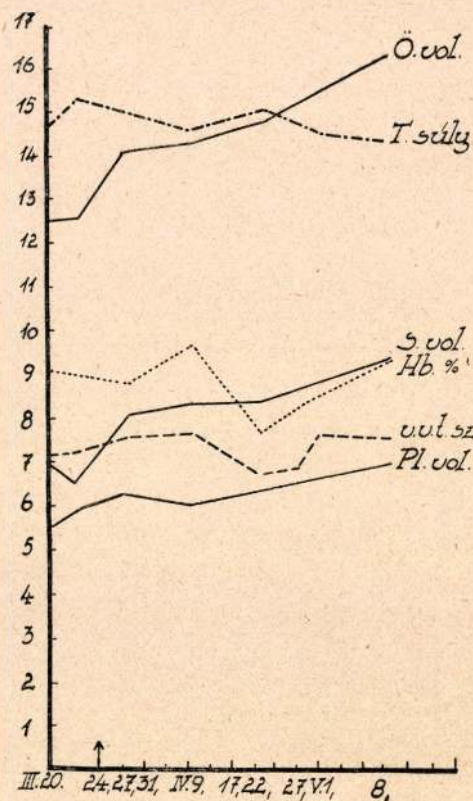


6. ábra.

ferrum protoxalatum hatására a sejtek összmenysége 122 ccm-mel (24%), a plazmamennyisége ugyanakkor 127 ccm-mel (23%) szaporodott meg s így az állatnak összvérmennyisége 240 ccm-mel (24%) gyarapodott meg, ezzel ellentétben a vörösvérsejtek száma csak 100.000-rel a haemoglobin pedig 16%-kal emelkedett. Ha ezen kísérletünkben a következtetésünket csak a vörösvérsejtszámlálásra alapítottuk volna, akkor azt kellett volna monda-

nunk, hogy a vörösvérsejtek haemoglobinban gazdagodtak ugyan, de eredményes vérképzés nincs, holott a reális eredmények 24% vörsejt gyarapodást mutatnak, csak-hogy a plazmának és a sejtes elemeknek egyidejű megszaporodása takarja, elrejtí a vörsejtmennyiségnek megnövekedését.

Utolsó példának a mangános kísérlet sorozatom⁴⁾ egy graphikonját óhajtom demonstrálni, annak szemléltetésére, hogy a vérmennyiség és a vörösvérsejtszám változása közötti eltérés nem csak egyes szereknek privilegiuma, hanem kisebb-nagyobb mértékben jóformán mindig fellelhető.



7. ábra.

A graphikon megtekintésekor láthatjuk, hogy míg a testsúly inkább csökken a vörösvérsejtszám és a haemoglobin % lényegesebb változása nélkül, a vörösvérsejtek mennyisége, a plazmának mennyiségével együtt, tetemesen gyarapszik. A vörösvérsejtszámlálásból a mangának lényegesebb vérképzőhatására nem következtethetünk, az összvérmennyiség vizsgálata ellenben a szernek vérképző hatását meg nem cáfolhatóan bizonyítja.

Az előbb említett példákkal nem akartam a regeneratio s vérképzés mechanizmusára rávilágítani, példáimnak csak azt a célt kellett szolgálni, hogy demonstrálják, hogy a vérképzés — vérregeneratio nagyságának reális mérése, a szokott vizsgálatokon kívül a vérmennyiség vizsgálatának elvégzése is feltétlenül ajánlatos, mert a vörsejtszámlálás részben torzítja, részben takarja vagy túlozhatja is a reális eredményt.

*

Közleményem második részében a keringő és összvérmennyiség pathológiájához szeretnék adatokat szolgáltatni. Eddig főleg a sejtes elemek szempontjából tárgyaltam az összvérmennyiség meghatározásának jelentőségét, most az összvérmennyiséggel, mint a vérkeringés aktiv tényezőjével szeretnék foglalkozni. E téren a vérmennyiségvizsgálatok a pathológiának sok kérdését egészen új szempontból világították meg. A vizsgálatok szá-

ma az utóbbi években oly nagyra nőtt, hogy azok eredményeivel részleteikben nem foglalkozhatom, ezért az eredményeket csak dióhéjba összefoglalva ismertethetem. Az emberi és állati szervezetben kétféle vérmennyiséggel kell számolnunk, az egyik az *aktiv keringővérmennyiség*, a másik az abszolút, mely magában foglalja a keringésben résztvevő aktiv és a vérdepot-kban (máj, lép, subpapillaris érplexus, splanchnicus érterület) residuált vérmennyiséget. Meghatározásainkban, ha azokat azonos körülmények és feltételek mellett végezzük, főleg az aktiv keringővérmennyiség értékét kapjuk meg.

Pathológiai jelentősége elsősorban az aktiv keringő vérmennyiségnek, de nem kisebb mértékben a depot-kban reservált és a keringésben résztvevő vérmennyiség egymáshoz viszonyának van. A szervezet ezen két rendszerrel szabályozza s a szükségletehez méri a vérmennyiséget, ha kell depot-kba reserválja, majd máskor a keringésbe dobja. Ezen szabályozó mechanizmus segítségével a keringő vérmennyiség már *physiologias körülmények között is megváltozhat*;

megkevesbbedik, pl. állaskor vagy ülésor olyankor, amikor az alsó végtagok subpapillaris érplexusában pangás lép fel, felnőttekben a keringővér mennyisége $\frac{1}{2}$ —1 liter vérral is csökkenhet; továbbá alvás közben, oxygen-dús légkeverék belégzésekor, vagy a táplálékban a konyhasónak megvonásakor (Plesch⁵, Hartwich, May⁷, Siebeck⁷).

megnövekszik, magas külső hőmérséklet esetében, a hőszabályozáskor (Eppinger⁸) magaslati viszonyok, légritkítás, fokozott izommunkában (Barcroft⁹), széndioxydban gazdag légkeverék belégzésekor (Kroetz¹⁰) a terhesség alatt.

Megváltozik a keringővérmennyiség *pharmakák, hormonok hatására is*, a vérmennyiség *megcsökkenését előidéző szerek*: a digitalis. (Wollheim⁴ 400—1800 ccm-es megkevesbbedést is észlelt digitalis hatás következtében felnőtteken) *histamin* hatására fellépő vérmennyiség-megkevesbbedést látunk fehérjeszételés; *collapsus* kapcsán (Eppinger, László, Schürmeyer⁸).

megnövekedését előidézik: camphor, coffein, cardiazol strichnin, ephetonin, igen kifejezett megszaporo-dást okoz az adrenalin. kisebbet a hypophysis és thyroxin (Zondek, Wislicki¹¹).

Pathológias viszonyok között a keringő vérmennyiség megváltozása szempontjából a betegségeket három csoportba oszthatjuk. Vannak olyan kórformák, melyek az eddigi észleléseink szerint *változást nem idéznek elő, míg más esetben a vérmennyiség megcsökken, ismét más esetben pedig megnövekszik*.

Azon kórformákat, melyek a vérmennyiség megváltozásával járnak, könnyebb áttekinthetőség kedvéért egy táblázatba foglalom össze. Ha normalisnak vesszük általánosságban, hogy a testsúly 7—9%-ának felel meg a vérmennyiség, azaz 1 kg testsúlyra 70—90 ccm-t számítunk, akkor:

A normalisnál alacsonyabb A normalisnál magasabb
vérmennyiséget találunk: vérmennyiséget pedig:

Csecsemőkben

dyspepsia, intoxicatio,
dystrophia, könnyebb
atrophia.

Gyermek- és felnőttkorban

croupus pneumonia,
collapsus
minus decompensációs vi-
tium,
nephrosis, oedemás szak.

Csecsemőkben:

congenitalis vitium,
generalizált ekzema,
decompositió, atrophia,
lázás betegségek.

Gyermek- és felnőttkorban

plus decompensációs vi-
tium,
nephrosis felszívódásos
szak.

A csecsemőkön és gyermekeken, mielőtt a pathológiás esetek részletesebb vizsgálatához hozzá foghattunk volna, először a normalis adatokat kellett meghatároz-nunk. (O. H. 1929. 31. sz. *). E célból Pécsen csecsemőkön és normalis gyermekeken végeztünk vizsgálatokat. meg-állapítottuk, hogy a gyermekkor normája a testsúlyának átlag 8%-a. Csecsemőkben valamivel 8% felett, gyerme-kekben pedig ez alatt.

A pathológiás esetekből láthatjuk, hogy a *dyspep-siában* nemcsak a szövetek nedvtartalma, hanem a vér-nek folyadék componense is megkevesbbedik s hogy a vérmennyiség megkevesbbedése az *intoxicatio* kórképének kifejlődésében a szöveti exsiccossissal együtt cardinalis szerepet játszik.

*Croupus pneumonia*ban az eddigi észlelések szerint a keringő vérmennyiségnek megcsökkenését a tüdőben blokádtartott vérmennyiség okozza.

*Collapsus*ban a vérreservoirok hirtelen megtelődése, s így a vérmennyiség nagy részének a keringésből tör-ténő kivonása észlelhető.

A *nephrosis oedemás* szakában a szövetek colloid-cristalloid osmotikus nyomásának megváltozása okozza a vérmennyiség megkevesbbedését, míg a lecsapódási szak-ban az átmeneti vérmennyiség gyarapodását a szövetek-ből a vérbe áramló nagy mennyiségű folyadék idézi elő (Darrow, Buckmann¹¹).

*Congenitalis vitiumok*ban a vérmennyiség megszaporo-dásának kórtani jelentősége, hogy a szervezet a fejlődés folyamán a hibás szív-mechanismushoz hozzáidomul-na, a vérmennyiség megszaporo-dásával tökéletesíti a funkciót (Seckel¹², Sz.¹⁵).

A *generalizált ekzemában*, a subpapillaris érplexus reservált vére a vérkeringésbe kerülve, mint „vértelen transfusio” növeli a vér mennyiségét (Seckel¹²).

*Decompositióban, atrophia*ban, a vérmennyiségnek megnövekedése relativ, mivel a vérmennyiségnek a meg-kevesbbedése nincsen arányban a test súlyának megfo-gyásával. A testsúly aránylag jobban fogy, mint a vér-mennyiség, ezért a testsúlyhoz viszonyítva a vérmennyi-ség nagyobb-nak látszik. (Lucas, Dearing¹³, Bakwin, Rivkin¹⁴, Seckel¹², Sz.¹⁶).

Lázás betegségeken a vérmennyiség megnövekedése a szervezet physiologias berendezésének, a hőszabályo-zásnak tökéletesítését szolgálja. (Darrow, Buckman¹¹).

Céltudatosan hagytam legutoljára a *vitiumok decompensatiós stadiumának* magyarázatát, melynek patholo-giai jelentősége kétségtelenül egyike a legérdekesebbnek. A decompensált vitiumok egyrészében a vérmennyiség megnövekedett (plus decompensatio), a másik részében pedig megcsökkent (minus decompensatio). A vitiumok, amint azt Wollheim⁴ igen érdekes vizsgálataiban kimutatta aszerint, hogy a decompensatio milyen vérmennyiségvi-szonyok mellett jön létre, úgy a kiváltó momentumok, mint a klinikai megjelenési forma szerint is különbö-zőek. A helyes therapia is más az egyes decompensatiós fajtákban, mert míg a plus decompensatióban a vérmennyiség csökkenést is előidéző digitalis, a minus decompensatióban főleg a vérmennyiség megnövekedését elő-idező pharmakák (cardiazol, coffein, tonogen) vannak igen jó hatással. A compenzálódás alatt a vérmennyiség a normalis értékre tér vissza.

Befejezésül még egy érdekes esetről szeretnék be-számolni. Még a pécsi gyermekklinikán módomban volt egy myeloid leukaemiás beteg sorsát a vérmennyiség visel-kedése szempontjából kb. egy évig figyelemmel kísérni.

*) Normál adatok találhatók még: Rohrböck és Kiss Zbl. 8. d. ges. Kindhk. 22. 832. o. — Kiss, Teveli: Jb. Khk. 126. k. 5—6 f. — Seckel: Jb. f. Khk. 126. és 127. k.

		Haemat.	Vvs. sz.	Hb. gr-ban	Összvér m.	Pl. m.	Vvs. m.	Fvs. m.	T. súly
IV. 26.	I. Megh.	36%	3.090.000	10.8	2.478 cm ³ (7.5%)	1586 ccm	555 ccm	437 ccm	33 kg
26.	II.	35%	2.830.000	8.5	2.755 " (8.6%)	1791 "	588 "	416 "	
28.	III.	38%	2.535.000	9.3	2.787 " (9.1%)	1728 "	561 "	498 "	30.5 "
V. 15.									
II. 28.	IV.	35%	2.240.000	7.1	2.929 "	1904 "	558 "	457 "	
IV. 18.	V.	46%	1.950.000	6.15	3.157 " (11.8%)	1705 "	566 "	886 "	26.7 "
			- 1,140.000	- 4.65	+ 679	+ 119	+ 11	+ 439	- 6.3

A beteg ismételt röntgenbesugárzást kapott, amely láthatólag sem a vérmennyiséget, sem a gyermek állapotát nem befolyásolta. I. IV. hó 26-án vérmennyiségvizsgálat besugárzás előtt; II. a besugárzás után; III. IV. hó 28-án két nappal a besugárzás után. Az eset érdekessége hogy sikerült a vérmennyiség meghatározással kapcsolatban a fehérvérsejtek mennyiségét is meghatározni. Az utolsó meghatározást 1—2 héttel a beteg halála előtt végeztem.

A betegség progrediálódásával kapcsolatban az összvérmennyiség tetemesen megnőtt; a megnövekedés okát a plasmának kisebbfokú (119 ccm) s a fehérvérsejtek nagymértékű megszaporodása (449 ccm) idézte elő. A vörösvérsejtszám megcsökkenéséből progressiv anaemiára következtethettünk volna, holott a sejtek mennyisége nem változott, a látszólagos megcsökkenést a plasma s a fehérvérsejtek mennyiségének megnövekedése okozta.

Összefoglalás:

1. A vérmennyiség meghatározása az anaemiák nagyságának s a vérképző szerek hatásának megállapításakor igen fontos s az eddig használatos methodusoknak kiegészítésére (nem pótlására) szolgáló módszer, mivel adataival a megállapítások pontosságát nagyban elősegíti.

2. A vérmennyiségvizsgálat a betegségek pathológiáját új szempontból világítja meg s ezért a klinikai vizsgáló methodusok közé bevezetése ajánlatos.

Irodalom: 1. *Petrányi*: Magy. Orv. Arch. 1928. III. — 2. 3. *Petrányi Gy.*: Folia Haematologica, 1927. XXXV.; M. O. A. 1926. VI. — 4. *E. Wollheim*: D. M. Wschr. 1930. 14. sz. — 5. *Plesch*: Z. Klin. Med. 1922. 13. 24. o. — 6. *Hartwich u. May*: Z. exp. Med. 1926. 51. 497. — 7. *Siebeck*: D. Arch. kl. Med. 100, 204; Kl. Wschr. 1929. 46. sz. — 8. *Eppinger*: Klin. Wschr. 1928. 17. sz. 777; 47. sz. 2231. — 9. *Barcroft*: Erg. Physiol. 1925. — 10. *Kroetz*: D. Wed. Wschr. 1929. — 11. *Zondek u. Wislicki*: D. Med. Wschr. 1930. 9—10. sz.; Kl. Wschr. 1929. 34. sz. — 12. *Seckel*: Jb. f. Khk. 126, 83; 127. 3, 4. f. — 13. *Lucas, Dearing*: Americ. Journ. D. of Child. 21. k. 1. sz. — 14. *Bakvin, Rikvin*: Americ. Journ. Dis. of Child. 1924. 27. k. 340. — 15. *Petrányi*: O. H. 1929. 39. sz. — 16. *Petrányi*: O. H. 1930. 39.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár).

A vegetatív idegrendszer állapota idült polyarthritiben.

Irták: Buday László dr. és Fernbach József dr.

A vegetatív idegrendszernek egyik feladata, hogy a vegetatív életfolyamatokat egy bizonyos állandó nivón tartsa. Az ezt jellemző adatokat (pl. alapanyagcsere, éhgyomori vércukorérték) nevezhetjük *vegetatív nyugalmi értékeknek*. A vegetatív idegrendszernek másik feladata biztosítani az élethez szükséges *vegetatív excursiókat*. Amennyire előnytelen volna, ha pl. a vércukor módfelett ingadoznék, éppen olyan hátránnyal járna, ha mereven volna fixálva egy bizonyos fokra. Az életet a feladatokhoz alkalmazkodás jellemzi. Nagyobb feladatnak a szervezet

csak az életműködések fokozásával tud megfelelni és ez az az irány, melyben a sympathicus hat. Akármilyen feladat elé kerül a szervezet, a sympathicus-izgalom tüneteit észleljük, a fokozott anyag- és energiaforgalmat, hasonló ahhoz, mint amelyet Basedow-kórban nyugalomban is látunk. A testi munka, a táplálkozás, a hideg elleni védekezés ilyen szempontból analog tüneteket mutatnak. És egyike a legnagyobb feladatoknak a fertőző betegség, ahol a sympathicusizgalom tüneteit túlozva látjuk, a fokozott égést, gyorsult keringést, nagyobb cukormobilizációt. A pihenés és restitutio a vagus ideje. Az alvás bradycardiája, hypothermiája és a fertőző betegségek reconvalescentiájának ritka pulsusa, alacsony hőmérséklete ilyen szempontból hasonló elbírálás alá esnek.

Ugy tűnik fel tehát, hogy a fertőző betegségek elleni védekezés is mintegy a sympathikus-irányba van bekapcsolva. Nem nézzük jó szemmel, ha a szervezet képtelen erélyes lázas reakciókra. Belső secretio szempontjából pedig valószínűleg szerep kell, hogy jusson itt azoknak a mirigyeknek, melyek a sympathicussal dolgoznak együtt, tehát a mellékvesének és pajzsmirigynek. A mellékvese jelentőségét az infectio leküzdésében több, még megerősítésre szoruló kísérlet támogatja.

Ami a pajzsmirigyet illeti, francia szerzők szerint (*Vincent, Sergent*) az acut polyarthritist akkor húzódik el, ha a pajzsmirigy nem képes megfelelő védekezési reakcióra. Ezért ők ilyen esetekben thyreoideát adagolnak a salicyl mellett. Ismeretes, hogy a hypothyreoidizmus jelentőségét chronicus polyarthritiben *Lévi és Rotschild* és *Llewellyn* vitték szinte túlzásba. Ezzel szemben egyes szerzők, éppen ellenkezőleg, hyperthyreosistól beszélnek. Eltekintve attól, hogy ezeknek a véleményeknek kritikai méltatásába meajunk, jelen vizsgálataink célja éppen az volt, hogy ezen betegek vegetatív idegrendszerére vonatkozó adatokat gyűjtsünk, hogy van-e ott eltérés és ha igen, milyen természetű az.

A vegetatív idegrendszer állapotát a fentebb kifejtett működése alapján jellemezhetjük, úgy, hogy megfigyeljük a vegetatív nyugalmi értékeket és a valamilyen ingerre bekövetkező vegetatív excursiókat. A magasabb nyugalmi értékekről mondhatjuk, hogy sympathikoton irányban térnek el a normalistól. Ilyeneket láthatunk a Basedow-kórban. Viszont az alacsonyabb értékek esetén, amilyenek a myxoedemában, vagy Addison-kórban fordulnak elő, beszélhetünk hyposympathikoton eltolódásáról. Az excursiókat illetőleg nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a pajzsmirigy fokozott működése esetén a kilengések mindkét irányban nagyok és gyors lefolyásúak. A Basedowkóros betegnek éppen olyan erősen felmegy a vérnyomása adrenalinra, mint amennyire lesüllyed a vércukra insulinra. Tehát úgy az adrenalin-, mint az insulin-érzékenysége fokozott, de fokozott a pituitin-, parathormone érzékenysége is (*Csépai és Ernst, Fernbach, Pelláthy, Weiss*). Myxoedemában az ellenkezőjét láthatjuk: mindkét irányú renyhe reakciót. Ahol viszont a mellékvese működése romlott meg, ott az excursio felfelé kicsi lehet, lefelé pedig nagy. Addison-kórban csökkent adrenalin-, de fokozott insulinérzékenység észlelhető (*Csépai, Fernbach és Dekker*). Hasonló eltérést találtak *Isaak és Reiter* az elhízottak egy részében, akikben tehát hypo-

symphatikotoniát tételeznek fel. Fokozott insulinérzékenységnek az oka lehet tehát hyper- és hyposympathikotonia is.

Ami a chronicus polyarthritiben szenvedők vegetatív idegrendszerének állapotát illeti, itt nyilván nagy nehézséget okoz az, hogy fertőző betegségről van szó. Ilyenkor a nyugalmi értékek felfelé tolódhatnak az infectio következtében és nem tudjuk, milyenek voltak azelőtt. Ugyanez áll az excursiókra is. A *Pemberton* által leírt rossz cukor-tolerantia, amelyet Basedow-kórban is láthatunk, úgy látszik, hogy az infectio „sympathikoton” characterével áll összefüggésben. Az arthritis gyógyulása, a fertőzéses góc eltávolítása megjavíthatja a toleranciát és ugyanilyen rossz lehet az más fertőző betegségben is. *Holsti Östen* is azon a véleményen van, hogy a pajzsmirigynek talán védekezői természetű hyperfunctiója felelős ezért a rossz szénhydrattoleranciáért. Említésre méltó azonban, hogy éppen a primaer chronicus polyarthritiben kevésbé észlelhető ez a rossz tolerantia, mint más alakokban. Még mindig eldöntetlen kérdés, hogy az anyagcsere csökkent-e idült polyarthritiben. *Pemberton* és *Tompkins*, és *Swaim* írnak le alacsonyabb értékeket, igaz, hogy csak az esetek egy kis részében, de ezeknek talán annál inkább lehet jelentőséget tulajdonítani, mert mégis csak valószerűen infectiós betegségről van szó, ahol inkább nagyobb értékek várhatók. *Bürger* és *Hufschmid* viszont olyan esetekről számolnak be, ahol az alapanyagcsere kifejezetten nagyobb volt. Alacsony vérnyomásról többen írnak és a mi 21 esetünk közül, akiket adrenalinérzékenységet néztünk, 13-nak volt a vérnyomása 120 Hgmm alatt; de igaz, hogy többnyire fiatal egyenekről volt szó. Ami a vércukrot illeti, *Pemberton* magasabb értéket talált. A mi 26 betegünk az esetek többségében normalis eredményt mutatott, azonban előfordultak alacsony számok is: 9 esetben volt a vércukor 80 mg% alatt. A testhőmérsékletre vonatkozólag a később idézendő *Wright* és *Pemberton* kívül *Llewellynt* említhetjük, aki a rheumára hajlamos, „praerheumás” gyermekeket alacsony hőmérsékletűeknek mondja. Idősebb polyarthritisek között is észlelhetünk itt-ott subnormalis temperaturát és általában jellemző a bajra, hogy a hőemelkedés gyakran csak kismértékű, vagy láztalan a beteg, bár úgy tűnik fel, hogy az infectio fennáll.

Ami a vegetatív excursiókat illeti, több tapasztalat szól amellett, hogy ezek chronicus polyarthritiben renyhék, azaz a kilengés kicsi és elhúzódó. Közismert, hogy egyes betegeken milyen nehezen lehet lázat előidézni heteroprotein ingerekre. *Wright* és *Pemberton* szerint a betegek testhőmérséke a végtagokon alacsonyabb a normalisnál, a szervezet lehűtésére csak kevésbé süllyed, mint egészségeseknél, de amellett lassabban tér vissza az előző hőfokra. Ennek a külső milieuhöz való alkalmazkodásnak szerep juthat a betegség keletkezésében (megfázás). *Buday* és *Margitay Becht* szerint natrium nucleicumra kisebb leukocytosist kapnak ezek a betegek, mint mások és a reactio elhúzódó. *May* megemlíti, hogy a vérnyomás táplálkozás után nem emelkedik annyira, mint más betegekben. *Buday* és *Siminszky* az adrenalinérzékenységet nézték és az esetek egy részében csökkentek találtak.

Vizsgálatainkban is a vegetatív excursiókat tanulmányoztuk, mégpedig a betegek adrenalin- és insulinérzékenységét a *Csépa*tól ajánlott módon. Adrenalinból 0.01 mg-ot adtunk intravenásan és a vérnyomásemelkedést vízcentiméterekben fejeztük ki. Normalis körülmények között ilyenkor 15—25 vízcentiméterrel emelkedik a vérnyomás. Insulinból testsúlykg-ra $\frac{1}{15}$ egységet kapott a beteg intravenásan és azt néztük, hogy a vércukor hány százalékkal csökkent fél óra alatt. Normalis esetben a

csökkenés 25—35 % és subjectiv tünetek vagy nem állnak fenn, vagy csak kismértékűek.

Az adrenalin-érzékenységi vizsgálatok azt mutatták, hogy az adrenalin-érzékenység kb. az esetek felében csökkent, illetőleg a normalis alsó határán van. Ha közelebbről vizsgáltuk, hogy milyen betegek ezek, úgy feltűnt, hogy főleg olyan esetekről van szó, kikben, ha a folyamat hirtelen, vagy lassan megindult, többé remissio, vagy időleges gyógyulás nem jelentkezett. Ezzel szemben általában normalis érzékenységet találtunk azokban az elhúzódó esetekben, melyeknek lefolyása nem egyenletes, remissiókat, recidivákat mutat. Ezek egy részét recidiváló subacut polyarthritisnek lehet nevezni, mert néhány több hónapi fennállás után, a beteg úgyszólván teljesen tünetmentes lesz, míg azután hónapok-évek múlva a folyamat megismétlődik. Már nehezen lehet ilyen névvel illetni azokat az eseteket, ahol közben is van a betegnek panasa és az ízületekben elváltozások maradnak vissza az egyes exacerbatiók után. Mindezek az alakok együtt szerepelnek az alábbi táblázatban a „recidiváló esetek” csoportjában. Talán nem szükséges külön hangsúlyozni, hogy ezek egy részét csak bizonyos erőszakkal lehet elválasztani a „nem remittáló” alakoktól, hiszen ismeretes, hogy a primaer chronicus polyarthrit is mutat ingadozókat lefolyásában.

Adrenalin-érzékenység:

nem remittáló esetek:				recidiváló esetek:			
S. I.	52 é. f.	8 vízcml		S. P.	44 é. f.	15 vízcml	
T. L.	31 f	10	„	B. I.	38 n	15	„
G. B.	21 f	10	„	C. I.	60 n	15	„
G. L.	27 f	10	„	K. G.	37 n	20	„
B. A.	74 n	10	„	U. L.	28 f	20	„
K. I.	34 n	10	„	D. D.	32 f	25	„
M. P.	25 f	12	„	D. I.	43 f	25	„
K. T.	32 n	15	„	N. F.	37 n	25	„
V. E.	27 n	15	„	S. A.	34 n	25	„
K. Ö.	34 n	20	„	N. J.	37 n	25	„
C. E.	22 n	30	„				

Ha az insulin-érzékenységet vizsgáljuk, betegeinket a fenti szempont szerint csoportosítva, úgy lényegileg hasonló eltérést kapunk, nevezetesen a remissióra hajlamos esetek insulinérzékenysége nagyobb a többiekénél. A különbség itt csak annyiban van, hogy míg a recidiváló esetek adrenalin-érzékenysége normalisnak volt vehető, az insulin-érzékenység határozottan fokozott volt. A vércukor középértékben 47%-kal csökkent és néhány esetben kifejezett subjectiv tünetek állottak fenn.

Insulin-érzékenység:

Remissióra nem hajlamos esetek:
vércukorcsökkenés: subj. tünet:

B. E.	57 é. f.	15 0/0	—
V. E.	27 n.	24 „	—
H. S.	48 n.	34 „	+
W. G.	50 n.	34 „	—
K. A.	64 n.	41 „	—
C. E.	22 f.	42 „	+++
M. P.	25 f.	46 „	+++
G. B.	22 f.	46 „	+++
G. A.	53 n.	54 „	+

Recidiváló esetek:
vércukorcsökkenés subj. tünet:

N. J.	33 é. n.	34 0/0	+
G. M.	28 n	42 „	+++
D. F.	43 n	46 „	+++
N. F.	37 n	46 „	++
C. J.	60 n	46 „	—
K. G.	37 n	47 „	+
S. A.	34 n	48 „	+
K. J.	68 n	53 „	+++
T. I.	63 f.	53 „	—
B. J.	46 f.	54 „	—

TELJESEN
FÁJDALOM-
MENTESK

ACÉTYLARSAN

AZ

SUBCUTAN INJEKCIÓK.
AZ ACÉTYLARSAN EGYE-
SÍTI MAGÁBAN A KÜLÖN-
BÖZŐ ANTILUETICUS
GYÓGYMÓDOK ELŐNYEIT.

RADIKÁLIS KEZELÉS
UTÓKEZELÉS
PROVOCATÍV KEZELÉS
ÖRÖKLÖTT LUES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
Marques "POULENC Frères" et "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon - PARIS (8°)

Magyarországi központ: **Bálint Testvérek, VII., Rottenbiller-u. 30. Telefon: 33-8-54.**

Karsbaldi kúra otthon

is végezhető a világ legfőményebb
glaubersós vizével, a magyar **MIRA**
glaubersós gyógyvízzel!

Epekő, epehólyaghurut, idült májbetegség

esetén periodikus kurák,

Habituális obstipáció

ellen kurák a **MIRA** glaubersós
gyógyvízzel!

A dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.
magyar oltóanyagait
mindenben pótolják a külföldieket.

Opsodermin, staphylococcus vaccina

Opsogon, gonococcus vaccina

Neurolysin, neuritisek kezelésére,

Pertussis vaccina, prophylaktikus és terápiás célra

Typhus vaccina, prophylaktikus célra és lázkeltésre

HIMLŐNYIROK



**Kipróbált szer,
ártalmatlan a
gyomorra és
szívre.**

**Togonal-
tabletták**

0.28 g Acid. acet.
sal., 0.013 g Chin.
citr., 0.04 g Li. citr

Antineuralgicum

Antipyreticum

Antirheumaticum

Analgeticum

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

Dr. Filó János gyógyszerháza
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

NEOMAGNOL

CHINOLIN

FERTŐTLENIT!

SZAGTALANIT!

NEM KÁROSIT!



**SZINTELEN
HIGANFOLYÓ**

10 ampulla
15, 50 cm³-es üvegek

**FÁJDALMATLAN
IGEN OLCSÓ**

BISMUTH ANTILUETICUM!

Horváth Boldizsár:

A gyakorló orvos orthopaediája. 230 oldal.

110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5— P

Soós Aladár:

Étrendi előírások. III. bővített kiadás 5— P

Kunszt János:

**A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és
üdülőhelyei.** 215 oldal 5.50 P

Vászonba kötve 7— P

Orsós Ferenc:

Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal 2— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a

Markusovszky Társaság. 196 oldal 3.50 P

Krepuska István:

A füleredetű agytályog kór és gyógytana 4— P

Rigler Gusztáv:

Közegészségtan és a járványtan tankönyve
25— P helyett 5.70 P

Kapható a kiadóhivatalban.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztő: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

A pylorus spasmus conservativ kezelése.

A csecsemőkorban észlelhető pylorus spasmusnak kétféle alakját ismerjük. Az egyik alakban bonctani elváltozás, fejlődési rendellenesség nincsen, a másik alakban a pylorus záróizomzatának kisebb vagy nagyobb mérvű túlfeljelettségét találjuk. Az első alakban a pylorus spasmust jellemző sugárszerű hányás tisztán ideges alapon jön létre (neurogen eredetű hányás), míg az utóbbiban az izom túltengése (hypertrophia et stenosis pylori) s annak görcsös összehúzódása váltja ki a hányást.

A hányás már az első hetekben jelentkezik. Eleinte csak a táplálkozás után rövid idővel, néha később, máskor attól teljesen függetlenül is fellép. Sokszor olyan erős a hányás, hogy a hányadék a csecsemőtől egy fél méternyi távolságra is eljut, sőt néha még messzebbre is. Ez megismétlődik napjában többször, minek természetesen következménye az, hogy a csecsemő nem gyarapodik, sőt erősen le is fogy. A conservativ kezelést idejekorán meg kell kezdeni, hogy elkerüljük az életveszélyes súlyvesztést. A diagnosis felállítását megkönnyíti a gyomortáj enyhe ütögetése által kiváltható pylorusgörcs; látható lesz a gyomor peristaltikája és tapintható lesz a görcsösen összehúzódtott pylorus is. A csecsemők rendszeren székrekedésben szenvednek, kevesebb lesz a vizeletük, a gyomortáj elődomborodik, a has beesett s a bőr ráncokba szedhető össze.

Mint első kezelési eljárást meg kell próbálni a meleg borogatásokat a gyomortájra napjában kétszer-háromszor 2—2 órára. E mellett jó szolgálatot tesz naponta egy-két kanál karlsbadi mühlbrunni víz. Jó hatása szokott lenni a karlsbadi vízzel végzett gyomormosásnak is.

Enyhébb esetekben célt érünk a gyakoribb táplálással. Rövid ideig tartó szoptatás (2—2 perc). Sok csecsemő a táplálék felvételével együtt igen sok levegőt nyel, ez feszíti a gyomrot, görcsöt s hányást válthat ki. Jó hatással szokott lenni, ha a csecsemőt táplálkozás után nem fektetjük le, hanem néhány percig függőleges helyzetben tartjuk. Így könnyebben távozik el a gyomorból a levegő, a nélkül, hogy táplálékot is vinne magával.

Csökkenti, néha teljesen megszünteti a hányást, ha a tejet lefölozöttten adjuk a csecsemőnek. Természetesen táplált csecsemő számára lefejtjük az anyatejet és azt lefölozzük, mesterségesen táplált csecsemőnek szintén zsirtalanított tehéntejet adunk. Adagolási mód: 10 gr. napjában 15—20-szor kanálból. Ha javulás áll be, úgy az adagot lassan emeljük.

Sokszor jó eredménnyel alkalmazzuk az u. n. pépes előtetetést. Mézsűrűsége főzött tejben adjuk a csecsemőnek minden táplálás előtt 2—3 kanállal. Ez sűrűbbé teszi a táplálékot a gyomorban s a pylorus görcsös összehúzódásának nem lesz elég ereje ahhoz, hogy azt a cardia ellenállásának legyőzésével kidobja a gyomorból.

Hess ajánlatára bevezették a spasmus pylori kezelésére a duodenalis sonda segítségével történő táplálást. Vékony Nelaton-kathétert vezetünk le a duodenumba, a foglécstől számítva legalább 25—30 cm-nyire s ha bizonyosan benn vagyunk a szondával a duodenumban, úgy enyhe nyomással befecskendezzük a táplálékot. Így kikerüljük a gyomrot és a pylorust s hányás nem is igen jöhet létre. Gyakorlott kezű embernek a sondázás nem jelent

technikai nehézséget, de az általános gyakorlatban nem nyert polgárjogot s inkább csak a klinikákon, kórházakban alkalmazzuk.

Amerikai szerzők ajánlják a gyomor és pylorustáj röntgen besugárzását. Eredményeik jók, bár nem szabad elfelejtenünk, hogy ők a diagnosis felállításában egy kissé könnyedebbek.

Ideges hajlamú csecsemőkön magam is jó eredménnyel végeztem a quarlámpával besugárzást. Négy-öt napon át történő besugárzás után, amikor az eddig említett eljárások nem hozták meg a kívánt eredményt, a hányás több esetben teljesen elmaradt.

Ha mindezek az eljárások sikertelenek maradtak, úgy a gyógyszeres kezeléshez folyamodunk. Leginkább használatos szer az atropin és annak készítményei. Az atropin oldatból (Atropini 0.01 ad Aqu. dest. 10.0) napjában 3—4-szer 1—2 cseppet adunk. Hatástalanság esetén emelhetjük is az adagot, ha nem jelentkeztek intoxikációs tünetek. Extr. Belladonnae adagja 3 × napjában 0.001—0.002 gr. porban. Novocainból 5 × napjában 1—2 mgr-t adhatunk, Tinct. Opiiból 1—2 cseppet pro die.

Nagyon jó eredményeket láttam a papaverin injectióktól. Napi adagja 2 × 1—2 cgr. bőr alá adva. Különösen jól befolyásolta a nem izom túltengésen alapuló hányást. A kezelést mindig kis adagokkal kell elkezdni.

Az utóbbi időben gyakran használják a luminált, 1—3 cgr.-os adagokban, továbbá a magyar sevenált, valamint a sepaten-t, ugyanolyan adagban. Jobb hatást láttam a syathetikus papaverintól, a Perparintól, amelynek hatása 2—3-szor nagyobb, mint a papaveriné, mérgező hatása azonban sokkal kisebb. Adagolási módja: 2—3 fél tableta napjában belsőleg, vagy 2—3 fél ampulla bőr alá fecskendezve.

Ezeket az eljárásokat és gyógyszereket meg kell próbálnunk a hányás csökkentésére, illetve megszüntetésére. A conservativ kezelés egész ideje alatt nagyon fontos a testsúly ellenőrzése. A nagyobb fokú vízvesztés (exsiccatio) elkerülésére adjunk bőven teát belsőleg, Heim—John-oldatot bőr alá, esetleg ugyanezzel végbél instillatiókat. Ha ezek dacára a hányás továbbra is fennáll, a súlyvesztés továbbra is fokozódik, úgy nem marad más hátra, mint a sebészi beavatkozás, amellyel már igen sok csecsemőt meg lehetett menteni. A conservativ kezeléssel azonban nem szabad nagyon soká kísérletezni, hanem operáltassunk idejében, nehogy a csecsemő már olyan leromlott állapotban kerüljön műtetre, amikor már attól sem várhatunk eredményt.

Tüdös Endre dr., egyetemi magántanár

A viszértágulatok injectiós kezelése.

Az alsó végtagok viszértágulata igen gyakori megbetegedés, sok kellemetlen panasszal és complicációval jár, miután azonban hordozójuk többé-kevésbé munkaképes, baját nem igen veszi komolyan, kórházban vele nem szívesen fekszik be és így a betegség kezelése túlnyomólag a gyakorlóorvos feladatává válik.

A mai modern injectiós kezelés alkalmat ad a gyakorlóorvosnak is — némi előtanulmány és gyakorlat után —, hogy ne csak a tüneti és conservativ gyógyszeres kezelés arsenálját alkalmazzon — rendszerint kevés eredménnyel, — hanem a tárgult viszereket injectiókkal történő thrombotizálás által radikálisan is gyógyíthassa.

Indokolt az injectió kezelés panaszmentes értágulatokban akkor is, ha csak kosmetikus célt szolgál. Anál inkább fájdalmakat, oedemát, ekzemát vagy ulcusokat okozó varixokban, ahol a vénák eltömesztése által sokszor egy csapásra megszűnnek a pangásos tünetek, az ebből származó bőrelváltozások és minden egyéb panaszok. Természetesen évek óta fennálló elephantiasis, vagy tenyérsi, mély alszárfeleképek biztos gyógyulása nem várható. Előfordulhat az is, hogy nagyobb phlebek-tasiák csak több injectió után thrombotizálódnak, nagy ritkán a thrombotizált ér ismét átjárható lesz (valódi recidiva), máskor — és ez a gyakoribb eset — a collateralis, eddig kis vénák, tágulnak ki lassan új varixokká (álrecidiva). Az esetek túlnyomó többségében a rendszeres injectió kezelés azonban végleges gyógyulást hoz és ezért minden más kezeléssel szemben előnyben részesítendő.

Az injectió kezelés kizárólag csak paradox, centrifugális keringést mutató értágulatokban megengedett. A normális alszár vénákban a vérkeringés iránya centripetalis, vagyis a szív felé irányuló. A paradox keringést megállapítjuk a Perthes-féle kísérlettel. Gummiszalaggal a comb felső harmadában körkörösén mérsékeltén leszorítjuk a végtagot. Ezután a kötéssel a beteget járattuk. Ha a vérkeringés a vizértágulatokban centrifugális — tehát kóros —, akkor a járkálás folytán a vér a mély izomvénákon át lassan lefolyik, vagyis az eddig duzzadt varixok lelappadnak. Ha nem lappadnak le, hanem még inkább megduzzadnak, akkor vagy normális, centripetalis vérkeringés van bennük, vagy a mély vénák eldugultak, mindkét esetben *contraindicált* az erek művi thrombotizálása, azaz kizárásuk a vérkeringésből. Ha a Perthes pozitív, egyébként pedig általános szervezeti elváltozások miatt ellenjavallat nem áll fenn és az injectió kezelés elhatároltuk, a kérdés az, hol kezdjük az oltásokat, distalisan az alszáron, vagy proximálisan a combon? Ez esetenként változó. Ha csak egyes izolált csomók vannak, akkor természetesen ezekbe adjuk a befecskendezéseket, lehetőleg distalisan kezdve. Ha a phlebek-tasiás tágulat összefüggően az egész saphena rendszerre kiterjed, legcélszerűbb mindig a térd alatt, az alszáron kezdeni az injectiókat, peripherikus irányban folytatva azokat. Igen nagy, főként az alszárra localizálódó venatágulatokban jobb legdistalisabban, a bokák felett kezdeni az injectiókat. Különösen ügyeljünk arra, hogy közvetlenül a csonton fekvő, vékony bőrrel fedett vénákat, lehetőleg e hely felett, vagy alatt pungáljuk meg, ahol lazább kipárnázott zsírszövetben fekszenek, mert a fenti helyen ejtett szúrás körül könnyen támad, a perivenosus gyulladás következtében, bőrnekrosis.

Rendkívül fontos, hogy az injectio mindig a véna lumenébe történjék, különben igen fájdalmas gyulladások, esetleg bőrelhalások támadhatnak. A tűt mindig ferdén szúrjuk be a megduzzasztott varixba, ha a lumenében vagyunk, akkor aspiratiókor vért nyerünk és csak ezután fecskendezzük be lassan a thrombotizáló folyadékot. Ha a gyógyszer a véna ürébe megy, a beteg fájdalmat nem érez, legfeljebb enyhe égést, a folyadék könnyen kiszorítható a fecskendőből és a beszúrás körül nem támad vizenyős elődomborodás. Ha a hibát mégis elkövettük, hogy a folyadék egy részét a véna mellé a kötőszövetbe fecskendeztük, — ezt a beteg fájdalmai jelzik — akkor távolítsuk el a tűt és destillált vízzel, vagy saját vérrel higítsuk fel a bőr alá jutott maró gyógyszert, hogy nekrosist ne okozzon. Különösen tömény konyhasós injectio után indokolt a fenti eljárás, mert ezen oltás után jön legkönnyebben létre bőrelhalás. A cukoroldatok e tekintetben ártalmatlanabbak, ezért inkább ezeket használjuk. Ha a folyadékot lassan be-

fecskendeztük a vénába, a tű kihúzása közben nyomjunk egy tampont a beszúrás helyére, hogy utólag sem szivároghasson vissza az érből a bőr alá a maró folyadék, mert még ez is igen kínzó fájdalmakat okozhat, jó ideig. A fentiek miatt az injectióhoz használjunk mindig igen vékony tűket.

A technika apró részleteire különben e cikk keretében nem térhetek ki, Aki e kezelésre vállalkozik, különben is tanulmány tárgyává kell hogy tegye e kérdést. Nagyjában csak annyit, hogy álló, vagy ülő helyzetben végezzük a beszúrást, a felül leszorított vénába. Injectio közben a vért az illető érrészletből enyhén kiszorítjuk, hogy a folyadék közvetlenül és lehetőleg töményen érje az ér falát. Egyszerre a cukoroldatból se fecskendezzünk be többet 10—20 ccm-nél. Az oldatot a vénában enyhén elmassirozzuk. Utána a beteget néhány percre lefektetjük, míg az érgörcs elmúlik, azután járjon fenn. Hosszabb fektetés nem szükséges, sőt nem is célszerű, mert mozgásnál kevésbé valószínű, hogy a sérült endothelhez erősen tapadó falálló thrombuson kívül képződnek még nem kívánatos alvadásos thrombus is, mely embolia szempontjából veszélyes. A következő injectiót csak a lobos tünetek elmúlása után adjuk, vagyis kb. 5—10 napos időközben. A kezelés tehát ambulanter is végezhető és így különösen alkalmas arra, hogy a gyakorlóorvos rendelésén is eszközölje.

Jung Géza dr., kórházi főorvos, Gyula.

A blastomykosisok és gyógyításuk.

Klinikailag *) a blastomykosisok két főcsoportját különböztetjük meg. Az elsőbe tartoznak az európai, Busse—Buschke typusu, az amerikai, Gilchrist typusu és a Posadas—Wernicke typusu — mindhárom mély — blastomykosisok. A másodikba a felületes, soor- vagy oidiomykosisok. Az európai typusnak bőr-, csont- és generalizált megjelenési formái vannak. A bőrelváltozások mint babnyi, mogorónyi, részben chronikus, részben subcutan kialakuló, akneiformis, infiltrált csomók, melyek felszívódhatnak, vagy kifehélyesedve kráter-szerű fekélyeket alkotnak. Ezek úgy szélességben, mint mélység felé terjednek s a fekély alapján papillomatosus burjánzást mutatnak. Fekélyváladékban legjellemzőbb a sarjadzógombák kimutatása és kitenyésztése. A csont-elváltozások (rendszerint a tibián) mint igen fájdalmas, infiltrált csomók jelentkeznek s másodlagosan alakulnak át bőrblastomykosisá. Itt feltétlenül metastasisról lehet szó, mint a generalizált alaknál is, ahol a boncolás a legkülönbözőbb szervekben a gombák által előidéztet genyves góccok jelenlétét bizonyítja.

Az amerikai, Gilchrist-féle blastomykosis kiindulhat a bőrből, szájnyálkahártyából, béltractusból, stb. Kezeken, arcon kezdődik, gyakran mint puha, vörös papula vagy pustula, máskor vesicula vagy tömött csomó. Ezek kifehélyesednek, széli irányban terjednek. A fekély alapja papillomatosus burjánzást mutat, amely növedékek közül hig, genyves váladék ürül (Diff.: epithelioma, tbc. verrucosa cutis). A folyamat évekig fennállhat s úgy spontán gyógyulás (jellemző hegek), mint metastasis révén beálló exitus, előfordulnak. A Posadas—Wernicke typusu mykosis az utóbbihoz hasonló, de annál súlyosabb lefolyású. Délamerikában gyakori.

A felületes soormykosisokra jellemző a gombostű-fejekölesnyi papuló-vesiculás kezdet, amelynek teteje letörölődik, széli hámgallérral és közepén nedvező ery-

*) Csak mykologikailag bír fontossággal, hogy a felületes blastomykosisokban található gombák oido-, avagy blastomyceták.

themával. Ezen elváltozások, a localisatiónak megfelelően, részben széli terjedéssel, részben több góc összefolyása által, tenyérnyi területeket foglalhatnak el, más-kor hajlatokon túlterjedve, generalizálódnak. *Staehe-
lin, Jui-wu Mu és Schouwen* után a következő főbb megjelenési formái vannak:

1. *Erythema mykoticum infantile Beck (Ibrahim stb.)*, melyet utánuk több szerző ismertetett mint csecsemőkori soort. Az altesten kezdődve az egész köztakaróra ráterjedhet mint gyulladásos erythema, lamellosus hámlással, széli hámgallérral övezve. 2. *2—2 éves gyermekek kiterjedt oidiomykosisa* (amerikai szerzők észlelték). 3. *Felnőttek intertriginisált oidiomykosisa*. Leggyakrabban az inguinalis-, genitofemoralis hajlatban, submamillárisan, hónaljban és más érintkező helyeken. 4. *Localisált, nem intertriginisált formák*, gyakran csomóképződéssel. Közéll a mély blastomykosishoz. 5. *Maceratiós mykosis* (vízágy-, borogatási-, izzadási). 6. *Erosio interdigitalis blastomycetica*. Kéz-, lábujjak között. Gyakori megjelenési forma. 7. *Körörmegbetegedések* mint onychomykosisok és paronychiák oidiomyseták által előidézve. 8. *Furunculosisokban* a moniliák kétségtelen kórokozói voltát mutatta ki *Castellani* több esetben.

Szoptatós anyák mellbimbóján, a száj és a torok nyálkahártyáján gyakori a felületes mykosis s moniliák idézhetnek elő glossitist, urethritist, vulvitist, vaginitist és cystitist. Megerősítésre szorul az ekzema seborrhoicumnál talált és kitenyészített *Pityrosporon Malassez* kórokozói volta.

Azt látjuk azonban, hogy a legkülönbözőbb bőrbetegségekben (psoriasis, pemphigus, ekzema, pellagra, stb.) — tehát másodlagosan —, de mint számos szerző vizsgálatai mutatták, semminemű bőrbetegségben nem szenvedőkön is csaknem 75%-ban gombaelemek voltak kimutathatók, amelyek saprophytaként tenyésznek az ép bőrön, bár kétségtelen, hogy megfelelő körülmények között pathogénkévé válhatnak. Megemlítendő az is, hogy egyes belső betegségek, hormonális egyensúlyzavarok vagy csecsemőkori táplálkozási zavarok (diabetes mellitus, terhesség, stb.) disponáló tényezőként szerepelnek s az ilyen betegekben nagy %-ban találunk blastomykosisokat. Ilyenkor gyakran a bőrelváltozás hívja fel a figyelmünket a belső megbetegedésre és viszont.

A felületes blastomykosisokat elkülöníti az ekzematól a monoton kép (erythema, széli hámlás); az intertrigótól a felelkező bőrrészleteken túlterjedése s a nagyobb elváltozás szélein található köles-lencsényi önálló gócok, végül a pruritustól az azt gyakran követő ekzemas elváltozások polymorphiája s mint positivum: az elváltozásokból kimutatható és kitenyészíthető gombaelemek.

Gyógykezelés szempontjából szintén különbséget teszünk a mély és a felületes alakok között.

A mély blastomykosisokban belsőleg jódkáliumot adunk nagy adagokban (5—6 gr. pro die), míg külsőleg jód-jódkáliumos ecseteléseket végzünk (jodi puri, kalii jodati aa. 0.10 aquae dest. 100.0). Feltárás, esetleg a laesio sebészi eltávolítása, máskor a röntgenkezelés használnál.

A felületes blastomykosisok gyógykezelésekor első-sorban szem előtt kell tartanunk, hogy a betegség kialakulásában hajlamosító tényezők szerepelnek, amelyek akár belsők (diabetes, terhesség stb.), akár külsők (elhízás, bő verejtékezés, vízben áztatás, stb.), minde-nek előtt kezelendők. Localisan ezért a beteg hajlatot lehetőleg szellősen tartsuk, illetőleg megtörlés után gaze-réteggel izoláljuk. Jo hatású ilyenkor a laesio naponkénti quarzolása (emelkedő adagban), illetőleg vizketés miatt megfelelő adagban röntgenezése is.

Az elváltozások igen gyakran acut, nedvedző formában jelentkeznek. Ilyenkor a szokásos antiparasiticus szerek még a legenyhébb concentrációban is izgatólag hathatnak. Emiatt igen jól beválnak látszik, kezdeti stádiumban, a szájszornál már régóta sikerrel alkalmazott s *Berde* által a bőrelváltozásokra is applikált boraxos-eljárás, amely abban áll, hogy a verejték miatt savanyú vegyhatású bőrt enyhén alkalisáljuk, ami által a gombák táptalaját megváltoztatva, azt számukra a megélhetésre is alkalmatlanná tesszük. 1—3%-os zink-talcum hintőporban, vagy 3—5 % zinkolajban alkalmazva, anélkül, hogy a boraxtól a gombák vagy a spórák elpusztulását várjuk, a kezelés hamarosan gyógyulásra vezet.

Ha azonban — külső vagy belső körülmények folytán — a blastomykosisok a vegyi milieu ilyenforma megváltoztatása dacára sem gyógyulnak, akkor — miután az elváltozások már békültek — sikerrel alkalmazzuk a különféle antiparasiticus szerek enyhe concentrációját, mint salicylsav, higany (merc. praecip., sublimat), ezüst (arg. nitr., protargol stb.), réz-, zink-vegyületek, 1 : 3 higítású jodtinctura, resorcin, festékanyagok (methylenkék, brillantzöld stb.), kén, pyrogallus, cignolin, kátrány stb. akár vizes oldatban borogatásként, alkoholos oldatban ecsetelésre, hintőpor vagy kenőcs formájában.

Varga Aladár dr. (Szeged, Bőrklinika)

Tüszös mandulalob a kanyaró lappangási szakában.

Régóta ismeretes, hogy bizonyos kóros tünetek a kanyarónak már pangási szakában is mutatkozhatnak. Az incubatióban levő gyermek halványabbá, kedvetlenebbé, étvágytalanná válhatik, hőemelkedéseket mutat-hat, sőt kisebbfokú orr- és torokhurut már ekkor is je-lentkezhetik. Kevéssé méltányolt azonban és így diagnos-tikus tévedésekre adhat alkalmat az a jelenség, amelyet magam is többször észleltem és amelyről *Mayerhoffer* is tesz említést (Wien, Med. Woch. 1932. 20. sz.), hogy t. i. a kanyarónak lappangási szakában, tehát a kanyaróra jellegzetes enanthemás szak, a *Koplik*-foltok megjelenése előtt, súlyos, típusos tüszös mandulob léphet fel, mely után a gyermek láztalanná válik s amely 1—2 napos láz-talanság után szokott aztán a prodromál szak jellegzetes hurutos tüneteivel kibontakozni. Ennek ismerete nem-csak a helytelen diagnosis elkerülése miatt fontos, ha-nem azért is, mert ebben a stádiumban elkülönítve a gyermeket, környezetét a legnagyobb valószínűséggel még megóvhatjuk a kanyarós fertőzéstől, míg az enan-themás szakban az elkülönítés már elkésett. Minthogy ezen tüszös mandulalob nem jellegzetes tünete a kanyaró lappangási szakának és képe semmiben sem különbözik a tüszös mandulalob megszokott képétől, ezen jelenség ismerete első sorban kanyaró endemiában illetve epide-miában fog nekünk nem egyszer igazán értékes útbaiga-zítással szolgálni. Tapasztalataim szerint főleg azokon a gyermekeken lép fel tüszös mandulalob a kanyaró lappangási szakában, akiken egyébként is gyakori a torokgyulladás, akik mandulatültengésben szenvednek rejtett idült lacunaris csapokkal. Feltehető, hogy éppen a mandulák morbiditási hajlama folytán fokozódnak itt gyulladás, a más gyermekeken esetleg csak enyhe hu-ruttal járó lappangási tünetek.

Vas J. Jenő dr.,

a Stefánia gyermekkórház r. főorvosa

Tájékoztatás a gyakorló orvosok kötele-ségeiről hatóságokkal szemben.

Irta: *Melly József dr., egyet. magántanár.*

(Folytatás.)

A kórházak, gyógyintézetek, szanatoriumok, beteg üdülők, szülõotthonok, gyógytelepek, járóbetegek gyógyítására szolgáló orvosi rendelőintézetek, stb. felállítása engedélyezésének, valamint ellenõrzésének ügye.

A magánkórházaknak nyilvánossági jelleggel való felruházása. A kórházak és a gyógyintézetek szervezeti és mûködési szabályzatának és házirendjének jóváhagyása, illetve láttamozása. A kórházakból való kitiltás.

Orvosi mûszerek és felszerelések külföldrõl való behozatalának engedélyezése.

Az állami elme- és ideggyógyintézeteknek és az állami kórházaknak személyzeti, gazdasági és igazgatási ügye.

A közkórházak évi költségvetésének elbírálása és ezzel kapcsolatban az ellátmány, illetõleg napi hozzájárulási díj megállapítása.

A kórházak zárszámadásainak felülvizsgálata, államse- gélyek elszámolásának jóváhagyása.

Külföldi kórházakban és elme- és ideggyógyintézetekben ápolt magyar honos betegek hazaszállításának engedélyezése és intézeti elhelyezése.

Az osztály ügykörét érintõ kérdésekben véleményadás.

Az Egészségügyi Anyagraktár (Rico) rt. ügyeinek és mûködésének ellenõrzése és felügyelete.

A volt m. kir. honvéd- és közrendészeti kórházak ösz- szes személyzeti és gazdasági ügyei.

A megjelölt kórházakban ápolás alá kerülõ betegek fel- vételére, elhelyezésére, ápolására, étellemezésére, stb. vonat- kozó szabályok megállapítása és végrehajtásuknak ellen- õrzése.

A volt m. kir. honvéd- és közrendészeti József főherceg szanatóriumba, valamint a volt honvéd- és közrendészeti gyógyfürdõkbe beutalás.

A m. kir. rokkantázháza elhelyezés engedélyezése.

A volt m. kir. honvéd- és közrendészeti kórházak egész- ségügyi statisztikai adatainak gyûjtése, összeállítása és fel- használása.

A betegségi és baleseti kötelezõ biztosításról szóló 1927. XXI. törvénycikknek az õregség, rokkantság, özvegyiség és árvaság esetére kötelezõ biztosításról szóló 1928. XL. törvény- cikknek, valamint a bányanyugdíjbiztosításról szóló 1925. évi XXXIV. törvénycikknek, illetõleg az abban nyert felhatal- mazás alapján kibocsátott 4400/1926. N. M. M. elnöki szá- mû rendeletnek végrehajtása, végül a társadalombiztosítási bíraskodásról szóló 1932. IV. törvénycikk némely rendelke- zésének végrehajtásánál való közremûködés.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet és helyi szervei, valamint a különálló betegségi biztosító intézetek és a bá- nyatársaspénztárak feletti felügyelet.

A nevezett intézetek alapszabályainak jóváhagyása, a jóváhagyást igénylõ önkormányzati határozatok felülbírá- lása.

Az intézetek évi költségelõirányzatainak és zárszámadá- sainak felülvizsgálata.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet és a Magán- alkalmazottak Biztosító Intézete alkalmazottainak kinevezése és szolgálati beosztása, valamint a fegyelmi ügyek végsõ fokon elbírálása.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet szerzõdéses or- vosai fegyelmi ügyében végsõ fokon való bíraskodás.

A társadalombiztosítást érintõ kérdések tárgyalása és azokra véleménynyilvánítás. (2567/1932. B. M. eln. sz.)

A belügyminiszter legfõbb szaktanácsadó szerve az *Országos Közegészségügyi Tanács*. Az Országos Köz- egészségügyi Tanácsot az 1876. XIV. t.-c. létesítette. (169—174. §§.) A tanácsot a miniszterek meghallgatják, de nem kötelesek a Tanács véleményét elfogadni. Az Országos Közegészségügyi Tanács célja a közegészség- ügyek tudományos tárgyalása, de a Tanácsnak csak kez- deményezõ és véleményezõ hatásköre van, intézkedési joga azonban nincsen. A Tanács véleményt mond a kor- mány által hozzá intézett kérdésekben, javaslatot tesz a közegészségügy javítására, a fertõzõ és átöröklõ beteg- ségek terjedésének meggátolására. Véleményt mond to-

vábbá állami gyógyintézetek orvosainak tudományos szakképzettségérõl — kinevezésük elõtt. Véleményezi a gyógyszerkönyvet és gyógyszerárszabást is. A tanácsnak van elnöke, másodelnöke, jegyzõje 12 rendes és határo- zatlan számú rendkívüli tagja. A tanácsnak jogában áll tagjain kívül álló szakembereket is tanácskozába be- vonni. A Tanács a hozzáutalt kérdésekben valamelyik bizottsági tag elõadása mellett ülésben dönt. Ügyrendjét a 34.376—1892 B. M. rendelet állapította meg. A Tanács elnöke tagja a budapesti törvényhatósági bizottságnak.

Az *Igazságügyi Orvosi Tanács* felállítását az 1890: XI. t.-c. rendelte el épen az Országos Közegészségügyi Tanács tehermentesítése céljából. Elnökét az államfõ és tagjait az igazságügyminiszter nevezi ki. Az Igazságügyi Orvosi Tanács az igazságügyminiszter és a bíróságok véleményezõ testülete. A bíróságokkal közvetlenül érint- kezik, felülvizsgálja az orvosi és vegyszeri szakvéleménye- ket, véleményezi az orvosok által elkövetett bírói eljárást igénylõ mûhibákat, az orvosi díjszámlák megállapítása iránti ügyeket, esetleg közvetlenül teljesíti az orvostör- vényszéki vizsgálatot és felülvizsgálja az igazságügyi szervezetben alkalmazottak egészségi állapotát. Ügyrend- jét a 35.320—1890 I. M. rendelet szabályozza.

Az *Országos Testnevelési Tanács* (O. T. T.) test- nevelési és sporthatóság. Minden fontosabb vagy elvi jelentõségû testnevelési ügyet döntés vagy intézkedés elõtt letárgyalni köteles. Kezdeményezõ vagy véleményezõ szerv az iskolai és iskolán kívüli testnevelési és társadal- mi sportügyekben. Elnökét az államfõ nevezi ki, társ- elnökét, alelnökeit, fõtitkárát, a szakbizottságok elõadóit, a titkárt és 30 tanácstagot a V. K. M. nevezi ki részben a H. M. részben az elnök javaslatára. Ezen felül van igaz- gatója, ki állami tisztviselõ (1100—1930 V. K. M. r.).

Az *Államorvosi Felülvizsgáló Bizottság* megbírálja a testi vagy szellemi fogyatkozás által elõidézett szogálat- képtelenséget igazolõ közhatósági orvosi bizonyítványo- kat. A belügyminisztérium felügyelete alatt mûködik.

A *közegészségügyi kerületi felügyelõk* a belügy- minisztérium különleges szolgálatot tevõ tisztviselõi, kik a kerületükbe csoportosított törvényhatóságokat idõsza- konként beutazzák, hogy a kerületükbe tartozó vala- mennyi közegészségügyi viszonyait a helyszínen megismerjék. Tájékoztódnak a lakosság foglalkozási és egészségi viszonyai felõl. Ellenõrzik, hogy oly vidé- ken, ahol a lakosság halandósága a rendes átlagot felül- mûlja, tett-e s minõ intézkedéseket a hatóság az okok ki- nyomozására és a felismert okok megszüntetésére. Jelen- tést tesznek a kormánynak a közegészségügyi intézkedé- sek teljesítésérõl, valamint a hiányok kiküszõbölésére a kormánynak és a hatósági közegnek tanáccsal szolgál- nak. Az egész ország négy közegészségügyi kerületre van osztva, minden kerületben egy-egy közegészségügyi fel- ügyelõ mûködik. A felügyelõk szolgálatukat Budapestrõl látják el. Mûködésüket a belügyminisztérium általános egészségi fõosztálya irányítja. A közegészségügyi fel- ügyelõk mûködését 75.000—1913 B. M., a 119.000—1913 B. M. sz. rendeletek szabályozzák

(Folytatjuk.)

Helyesbítés. Az O. H. 42. számában megjelent „Primaer végbélgonorrhoea esete” c. közleményemben leírt fertõzési mód (irrigátorcsõ) nem bizonyult valósnak. Adataimat a beteg anamnesisébõl merítettem, viszont a kórház által rendelkezé- semre bocsátott adatokból beigazolódt, hogy abban az idõ- ben, mikor a betegemet kezelték, sem puellát, sem más g. o-s beteget nem kezelték s így a fertõzés az említett módon nem történhetett meg. Kötelességemnek tartom, hogy e tényt e lap hasábjain közöljem és a fertõzésre vonatkozólag meg- állapítsam, hogy az elõttem ismeretlen módon történt.

Bartos Gábor dr.
Csorna.

észlelt fokozott insulín-érzékenységre az oka sympathiko-hypertonia volna, melyet esetleg hyperthyreosis tart fenn. Ebben az esetben az adrenalin-érzékenységre is nagyobbak kellene lennie, amit, mint fentebb láttuk, nem észleltünk. Különösen a nem remittáló esetekben a vegetatív idegrendszer állapota, tekintetbe véve a csökkent adrenalin-érzékenységet, inkább sympathikohypotoniának volna nevezhető. Renyhe sympathicus irányú reactio felvételével össze volna egyeztetendő a hideg előnytelen hatása (megfázás) és az életfolyamatokat gyorsító beavatkozások (meleg, lázkezelés, massage, quars, néha jó, pajzsmirigy) kedvező hatása.

Eldöntetlen marad a kérdés, hogy ez a, főleg sympathikus irányban észlelt renyhe reactio alkati sajátosság-e mely közrejátszik abban, hogy a fertőzés időltté válik, vagy pedig éppen az infectio folytán alakul-e ki. Valószínű, hogy mind a két lehetőségnek szerep jut. Hogy t. i. a szervezet már kezdettől fogva nem képes igazán erőyes reactióra (ezt mutatja éppen a rosszindulatú esetek lappangó kezdete) és hogy a torpiditas a betegség folyamán még fokozódik, aminek jele, hogy a beteg még a kis subfebrilitását is elvesztheti, de állapota ennek dacára tovább romlik és az infectio fennálltáról az időnkénti kis hőemelkedéssel járó exacerbatiók is tanuszkodnak.

Hogy képet kapjunk arról, hogy a pajzsmirigy fokozott működése hajlamos-e izületgyulladásra, átnéztük ilyen szempontból a klinikán ápolt 310 Basedow-kórban, illetve hyperthyreosisban szenvedő beteg kórtörténetét. Hét esetben találtunk izületi elváltozásokról említést; ezek közül négy omarthritis volt. Ugy, hogy megerősíthetjük Duncan észleletét, aki szerint Basedow-kórban leggyakrabban a vállban keletkezik izületgyulladás. Két másik esetben a nagyobb izületekben volt eltérés és csak egy esetben betegedtek meg a kis izületek. Ugyancsak átnéztük 184 arthritises (főleg polyarthritises) beteg kórtörténetét, abból a szempontból, hogy szerepel-e náluk a diagnosisban hyperthyreosis, vagy Basedow-kór. Csak egy ilyen eset fordult elő, de ott is m. Basedowi sanata volt a körjelzés; az ágyéki gerincoszlopra szorítókozó folyamat a Basedow-kór gyógyulása után kezdődött. Mindezek alapján nem valószínű, hogy a kis izületekre ráterjedő típusos időlt polyarthritise keletkezésében a hyperthyreosisnak valami különös jelentősége volna.

Összefoglalás: Az időlt polyarthritisek remissióra nem hajlamos eseteiben az adrenalinérzékenység csökkent, az insulínérzékenység kb. normalis. A remissiókra és recidívákra hajlamos esetekben az adrenalinérzékenység normalis, az insulínérzékenység pedig fokozott. A leletek alapján valószínű, hogy az endokrin-vegetatív rendszer éppen a súlyos esetekben sympathikohypertonia állapotában lenne, melyet esetleg hyperthyreosis tart fenn. Emellett szól az is, hogy a hyperthyreosis és típusos időlt polyarthritise ritkán fordul elő együtt. A súlyosabb esetekre bizonyosfokú általános vegetatív renyhe-ség is jellemző (pl. kismérsékű láz és leukocytosis heteroprotein ingerekre); ez a fentiekkel együtt a vegetatív idegrendszernek inkább hyposympathikotonnak nevezhető beállítódása mellett szól. Ha ez az elégtelen sympathicus-irányú reactiót az időlt polyarthritise hajlamos szervezetnek tulajdonsága, akkor megmagyarázhatja a folyamat elhúzódását, az életfolyamatokat csökkentő hideg káros hatását (megfázás), és az életműködéseket gyorsító beavatkozások (hő, láz, radium, massage stb.) hasznát.

Irodalom: Buday és Margitay Becht: O. H. 1931, 20. — Buday és Siminszky: O. H. 1931, 39. — Bürger és Hufschmid: Z. kl. Med. 112, 225. — Csépai: Adrenalinempfindlichkeit, innere Sekretion und veg. Nervensystem. 1924. — Csépai és Ernst: O. H. 1927, 1497. — Csépai és Fernbach: O. H. 1928,

182. — Csépai és Pelláthy: O. H. 1928, 535. — Csépai és Weiss: Z. f. d. ges. exp. Med. 50, k. 5-6, f. — Duncan: Kongrbl. f. d. ges. inn. Med. 53, 364. — Fernbach és Dekker: O. H. 1931, 40. — Holsti Östen: Acta med. scand. Suppl. 3, 137. — Isaac és Reiter: D. m. Wschr. 1931, 1609. — Lévi és Rotschild l. Bauer: Konst. D. z. inn. K. 1924. — Llewellyn: Proc. of the roy. soc. of med. 19. k. 3. sz. — May: Med. Kl. 1929, 803. — Pemberton: Kongrbl. f. d. ges. inn. Med. 42, 506. Journ. of the Amer. Med. Ass. 1920, 1759. — Pemberton és Tompkins: Kongrbl. f. d. ges. inn. Med. 12, 408. — Sergeant: id. Guillaume: L'endocrinologie. 1930. — Swaim: Kongrbl. f. d. ges. inn. Med. 55, 165. — Vincent: id. Guillaume: L'endocrinologie. 1930 — Wright és Pemberton: Kongrbl. f. d. ges. inn. Med. 57, 179.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. sebészeti klinikájának közlönyé (igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár),

A száj és garat rosszindulatú daganatairól kórszövettani vizsgálatok alapján.

Irta: Hofhauser János dr., tanársegéd.

A száj- és garatürege kóros folyamatainak korai felismerése és helyes megítélése egyedül a klinikai vizsgálat alapján igen nehéz, legtöbbször lehetetlen. Különösen vonatkozik ez a rosszindulatú daganatokra, melyek kezdetben könnyen összetéveszthetők ártatlan decubitalis fekélyekkel, később pedig, midőn már környezetükkel összekapaszkodva, metastasisokat hoztak létre, e helyen oly gyakori, fertőző, sarjadzások daganatoktól (lues, tuberculosis, actinomyces) alig különböztethetők meg. Már pedig a kezelés módja és annak eredménye a sebészeti készség és technika mellett elsősorban a korai helyes diagnosztól függ. A klinikai vizsgálat kiegészítésére szolgál a Röntgen, teljessé azonban minden egyes esetben csak a serológiai és görösövi vizsgálat teheti.

Bakay professzor úr vezetése alatt álló II. sz. sebészeti klinikán közel 400 beteg száj- illetve garatüregeiből származó anyagot volt alkalmunk kórszövettanilag megvizsgálni. Szükség esetén a vizsgálatot ugyanazon betegen többször is megismételtük, részben a diagnosis kiegészítésére, másrészt a therapiás eredmény megfigyelésére. Ezen cél szolgálatában betegeinkkel állandó összeköttetést tartottunk fenn és állapotukat műtét után évek múlva is rendszeresen ellenőriztük.

Vizsgálataink eredményét táblázatok segítségével törekedtünk áttekinthetővé tenni.

I. Tábla.

Jóindulatú daganat	99
Rossszindulatú	166
Gyulladás	128
	393.

I. tábla eseteink megoszlását mutatja, főcsoportok szerint. Fontosnak tartjuk kimelni, hogy a rosszindulatú daganatok közül 137 már első vizsgálatnál felismerhető volt, és csak 29-ben volt a klinikai diagnosis kérdéses. Ha ehhez hozzászámítjuk a többi csoportból a klinikailag kérdéses 150 esetünket, akkor kitűnik, hogy az összes kétes esetek 16 %-a szövettani vizsgálat szerint malignus; megkétszereződik ez a szám, ha csupán a fekélyes folyamatokat tekintjük. Nevezetesen a szájüregben észlelt klinikailag dubiosus fekélyek 34 %-a bizonyult szövettani vizsgálatnál rosszindulatú daganatnak. Viszont 160 klinikai vizsgálatnál rákosnak tartott folyamat közül 23 szövettani vizsgálatnál jóindulatú daganatnak, illetve időlt lobosodásnak bizonyult.

II. Tábla.

	Epithelioma	Cysta epider-	F. broma	Osteofibroma	Myxoma	Haemangioma	Lymphangioma	Epulis sarkom	Endothelioma	Tonsill. pend.	hypert. tonsill.	Plasmacytoma	Inf. chronica	Tuberculosis	Aktinomykosis	Összesen
Labium sup.	2	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	3	1	—	8
Labium inf.	3	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	18	3	—	27
Bucca	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	2	—	17
Alveolus sup.	—	2	1	2	—	—	—	4	—	—	—	—	7	—	—	16
Alveolus inf.	—	—	1	1	—	—	—	7	—	—	—	—	6	—	—	15
Maxilla	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Palatum oris	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	7
Lingua	3	1	3	—	1	—	3	—	—	—	—	—	9	5	—	25
Mandibula	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	6
Reg. sublingu.	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4
Tonsilla	2	—	2	1	—	—	—	—	4	—	—	—	52	2	2	65
Pharynx	21	—	3	—	1	5	1	—	1	—	1	3	1	—	—	37
Összesen	32	8	13	5	3	9	5	11	8	4	1	11	14	3	—	227

II. tábla a jóindulatú daganatokat és chronikus gyulladásokat részletezi elhelyezkedés szerint. Ezekről más alkalommal részletesen be fogunk számolni, most csak rá szeretnénk mutatni a szájpadlason ülő endotheliomákra, illetve basaliomákra és a processus alveolarisokból kiinduló, valamint a nyelv alatt helyet foglaló epidermoid cystákra és az u. n. basalfibromákra. Tapasztalatunk szerint metastasis nem hoznak létre és teljes eltávolítás után nem recidiválnak. Kiemeljük még a sugárgomba által okozott fertőző sarjadzások daganatokat, melyek nem tartoznak a valódi daganatok közé, azonban sokszor differential-diagnostikai szempontból okoztak nehézséget. Mind a három esetünk (2 a tonsillából, 1 a mandibulából indult ki) korai górcsövi diagnosis után Röntgen, jó kezelésre teljesen meggyógyult.

III. Tábla.

	cc. basocellulare	cc. planocellulare	cc. planocell. keratoides	cc. gelatiniforme	sarcoma rotundocellulare	sarcoma fusocellulare	fibrosarcoma	myxosarcoma	angiosarcoma	lymphoepithelioma	Összesen
Labium sup.	—	4	3	—	—	—	—	—	—	—	7
Labium inf.	5	34	32	—	—	—	—	—	—	—	71
Bucca	—	8	8	—	—	—	—	—	—	—	16
Alveolus sup.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alveolus inf.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Maxilla	—	4	—	1	—	1	1	—	—	—	7
Palatum oris.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Lingua	3	20	4	—	—	—	—	—	1	—	28
Mandibula	—	6	3	—	—	1	—	1	—	—	11
Reg. sublingu.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Tonsilla	—	5	1	—	2	—	—	—	—	2	10
Pharynx	2	11	—	—	—	—	—	—	—	—	13
Összesen	10	94	52	1	2	2	1	1	1	2	166

III. tábla a rosszindulatú daganatok megoszlását tünteti fel, kiindulási hely és kórszövettani diagnosis szerint: 6 % basalsejtű rák, 56.4 % laphámrák, 31.2 %

eiszarusodó laphámrák, 4.2 % sarcoma. Egyetlen esetben észleltünk kocsonyás rákot, mely a maxilla felől tört be a szájüregbe. Ettől eltekintve, az összes rákos szájüreg daganatunk laphámrák volt. Külön meg kell említeni két lymphoepithelioma esetünket. Mind a kettőt fiatal férfin észleltük. A garattal nyirokapparatusából, illetve a mandulákból indulnak ki. A garat falát infiltrálva nőnek és a garat ürege felé tetemesen előemelkedve, az orrlégzést és a beszédet zavarják. Szöveti szerkezetükre jellemző a lymphoid szövet mellett nagy, világos plasmájú, duzzadt endothel sejtekhez hasonló sejtelemei. Ezeknek eredete vitás. Egyes szerzők reticulum-sejteknek, mások sinus endothelből származóknak tartják. Rosszindulatúságuk klinikai megjelenés és szöveti sajátosságai alapján már első vizsgálatra nyilvánvaló. Fel-tűnő radsensibilitásukat magunk is észleltük. Egyik esetünkben 450 mgr óra rádium hatására a tyúktojásnyi daganat teljesen eltűnt, másik esetünkben első besugárzásra tetemes megkisebbedést figyeltünk meg.

Kiindulási hely legtöbbször az ajak, utána gyakoriság szempontjából mindjárt a nyelv következik. Éppen ezért a IV. táblában külön-külön választottuk ezen két helyről kiinduló rákos daganatokat míg a többi áttekinthetőség céljából egy csoportba foglaltuk össze.

Ha már most a szöveti kép és a klinikai viselkedés között összefüggést keresünk, nem szabad figyelmen kívül hagyni azon körülményt, hogy a daganatos megbetegedések általában véve, de különösen a rosszindulatú daganat nem megállapodott, hanem szemünk előtt állandóan fejlődésben levő folyamat, melynek bizonyos stadiumai vannak. Ezeknek egyes phasisait, mint pillanatfevétel, rögzíti meg a kórszövettani kép. A stadiumok között éles határt vonni nem lehet. Azonban megkísérhetjük különbséget tenni olyan fokozatok között, melyekben a rosszindulatúság:

1. még górcsövilleg sem ismerhető fel,
2. csak szövettanilag mutatható ki,
3. már klinikailag is kimutatható.

Az első felelne meg az u. n. praecarcinomás stadiumnak. Vizsgálataink alapján arra az eredményre jutottunk, hogy a rosszindulatúság fordítva arányos az egyes stadiumok időtartamával, függ továbbá a daganatot alkotó sejtek minőségétől, a kiindulás helyétől és elsősorban a beavatkozás idejétől.

A daganat növekedésének a gyorsasága közvetlenül klinikailag figyelhető meg; következtetni lehet rá a sejtek alakjából, a magoszlások számából, multipolaris mitosisokból, amitosisokból, a magvak chromatintartalmából és a fészkek nagyságából.

A sejtek minősége szerint aránylag jóindulatú a kevésbé differenciált basalsejtű — és spinocellularis rák, legmalignusabb az eiszarusodó laphámrák. Egyes szerzők a daganat relativ jóindulatúságára vonnak le következtetést, ha a fészkek körül levő gömbsejtes beszűrődésben lymphocyták és plasmasejtek mellett nagyobb számban találhatók eosinophil szemcsés plasmájú sejtek. Tartósan recidivamentes eseteink 24%-ában tényleg találtunk eosinophil sejteket, azonban ezen lelet egységes

IV. Tábla.

	Szám	Ismeret- len	Recidiva mentes										Recidivált			Meghalt			
			1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	10.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	4	
			é v b e n										é v b e n			é v b e n			
Ajak	78	31	33	31	22	16	11	10	3	2	1	14	3	3	2	3	3	2	
Egyéb	51	19	4	—	—	—	—	—	—	—	—	28	3	—	16	2	3	—	
Nyelv	28	15	5	2	2	2	—	—	—	—	—	9	1	—	5	4	2	—	
Összesen	157	65	42	33	24	18	11	10	3	2	1	51	7	3	23	14	8	2	

értelmezését megzavarja azon körülmény, hogy három kifejezetten malignus daganatban is előfordultak.

Kiindulási hely szerint aránylag jóindulatú az ajakrák. Nemcsak azért, mert legkevesebb a recidiva és legkevesebb a mortalitás, de klinikailag és kórszövettanilag egyaránt kifejezetten rosszindulatú daganatok közül egyedül az ajakrákokban észleltünk tartós gyógyulást. Egy esetünket, minthogy a maga nemében egyedülálló, érdemesnek tartjuk felemlíteni.

56 éves férfin fél évvel ajakrák operatio után localis recidiva lépett fel, pengősníi fekély alakjában, mely a mandibula csontthártyájával is összekapaszkodott. Eltávolítottuk a mandibula corticalis részletével együtt. Szövettani lelet az első műtét után laphámrák, a második műtét után már elszarusodás is volt jelen. A nyirokcsomókban csak idült lohosodás. A második operatio után a 7. évben a beteg teljesen jól érzi magát, recidivamentes.

Ezen esetünk is amellet szó, hogy az ajakrákok egyes stadiauma között hosszabb a latitudo, illetve tágabb az operabilitas határa. Ezzel szemben a száj- és garatüregek többi részéből kiinduló rákos betegünk közül csak 2 nyelvrákos beteg van a műtét után 4. évben is recidiva nélkül életben. Mind a kettő a második stádium legkezdetén került műtetre, tehát csak górcső alatt volt diagnosztizálható.

A prognózis a harmadik stadiumban, midőn a daganat malignus volta klinikailag is felismerhető, a legrosszabb. Szövettani vizsgálat szerint ilyenkor a daganat már betört a nyirokhezagokba és betejedt az izomrostok közé is. Sajnos műtetre került betegeink 82%-ában volt a folyamat már ennyire előrehaladott. Ezek műtét után első két évben valamennyien recidiváltak és a negyedik éven túl egy sem maradt életben. Kivételt, mint már említettük, csak ajakrákos betegeinken észleltünk: műtét után 5. évben recidiva mentes 12 beteg közül 6-on betejedtek a fészkek az izomrostok közé is.

Azon betegeink, akik a harmadik évben a műtét után recidivamentesek voltak, később is recidivamentesek maradtak. A negyedik éven túl recidivát egyetlen egy esetben sem észleltünk.

Hét sarkomás betegünk közül 5-nek későbbi sorsa ismeretlen; egy meghalt az első évben, egy lymphangiosarkomás nőbetegünk, kinek mogorónyi körülírt daganatát fél nyelvvel együtt eltávolítottuk, két és fél évvel a műtét után recidivamentes.

A rosszindulatú daganatok kezelésére részletesen nem térünk ki, azonban ismervé azon szomorú statisztikák eredményeit, melyek a száj-, illetve garatüregek malignus daganataira vonatkoznak, egy percig sem lehet kétséges, hogy betegünk érdekében akkor járunk el helyesen, ha kétes esetben a szövettani vizsgálatot minél korábban végezzük el. Az idejében megejtett próbaexcisióval minden nehézség nélkül a környezetével együtt el lehet és el kell távolítani az egész kérdéses daganatot vagy fekélyt. Ily módon aránylag kis beavatkozással radicalisabb kezelést végeztünk, mint a még oly nagy, radicalisnak nevezett, de sajnos már elkésztett műtét.

Ha a pontos diagnosztika kórszövettani vizsgálatall megállapítottuk, akkor választhatunk további sebészti beavatkozás, diathermiás kés és sugaras kezelés között. Tekintetbe kell venni azon tapasztalatot, hogy az elszarusodó laphámrák sugaras kezelésre alig reagál, ellenben a kevésbé differenciált basalsejtű és spinocellularis rák, különösen pedig a lymphoepithelioma kifejezetten radiump érzékeny.

Még egy kérdésre szeretnénk röviden kitérni. Nevezetesen klinikánkon észlelt malignus daganatok 82%-ban már az első vizsgálatall felismerhetők voltak, a rosszindulatúság és a betegek megfigyelése szerint a folyamat már legalább 3—4 hónap óta állott fenn. Véleményünk

szerint ez a körülmény okozza a száj-, illetve a garatrákok szomorú prognózisát és elsősorban ezen kellene és lehetne megfelelő felvilágosítással segíteni.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem 1. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár).

A chronaxia agyvelői izomsorvadásban.

Irta: Perémy Gábor dr., tanársegéd.

Az agyvelői izomsorvadás keletkezésére vonatkozóan különösen értékes eredmény várható a chronaximetria módszerétől, mert ennek segítségével a peripheriás mozgató neuron ép vagy kóros volta még pontosabban megítélhető, mint az izom elektromos intenzitásküszöbének és rángása minőségének megfigyelése útján. Már az agyvelői izomsorvadás régebbi leírói (*Eisenlohr*¹, *Bálint*², *Steinert*³) több esetben megfigyelték az elektromos ingerelhetőség csökkenését, a rángás renyheségét, tehát olyan jeleket, melyek a peripheriás mozgató neuron sérülése után rendszerint megtalálhatók. *Schaffer*⁴ a gerincvelő elülső szarvának sorvadását, más esetben az elülső szarv postero-lateralis sejtsortjának elfajulását észlelte és ebből az izomsorvadás gerincvelői eredetére következtetett, amire már *Charcot* is gondolt. *Schaffer* nyomán *Kiss*-nek⁵ az a nézete, hogy a pyramispálya sérülése után az elülső szarvra ható centralis ingerületek elmaradása zavarja meg a peripheriás mozgató neuron működését és ennek eredménye az izomsorvadás. Bár ez utóbbi felfogás nem állítja a peripheriás mozgató neuron degenerálását, ez is, mint a tárgyunkkal foglalkozó többi felfogás, a peripheriás mozgató neuron ép vagy kóros működése körül forog. Erről pedig a chronaxia vizsgálata igen megbízható adatokat szolgáltat. Az izmok mozgató pontjain meghatározott chronaxia másképpen változik meg peripheriás bénulásban és másképpen akkor, ha a pyramisrostok vagy az extrapyramidalis pályák sérültek meg. Peripheriás bénulásban a chronaxia rövid ideig tartó csökkenés után a normalis értéknek sokszorosára emelkedik, ezenkívül a fokozott galvános ingerelhetőség idejében rendszerint a rheobasis csökkenése állapítható meg. Pyramispályasérülés után a chronaxia megváltozása különböző lehet. *Bourguignon*⁶ szerint a felső végtagon a flexorok és az extensorok chronaxiája közötti normalis különbség megnövekedik. *Stein*⁷ spasmusos bénulásban azt találta, hogy az összes izmok chronaxiája a normalisan legkisebb chronaxiájú izmokéhoz közeledik és így a proximalis és distalis, valamint a hajlító és feszítő izmok chronaxiájának physiologiás különbözősége elmosódik. A normalis chronaxiakülönbségek kiegyenlítését találta *Stein* Parkinsonismusban is. Eszerint a chronaximetria eldöntheti azt a kérdést, hogy az agyvelői bénulások után beálló atrophia éppen olyan törvényszerűen függ-e össze a peripheriás mozgató neuron anatomiai elváltozásával, mint a környéki neuron bántalmát követő sorvadás. Az elektrophysiologiai módszer azért is jelentős itt, mert kórszövettani képe alapján a peripheriás bénulás okozta izomsorvadás nem különíthető el élesen az egyéb okból származótól.

Tárgyunkról az irodalomban csak egy közlés található, és pedig egy eset leírása *Weil*-től⁸, ezért indokolt még egy eset ismertetése, melynek feldolgozása részben *Weil*-éhez hasonló, de részben attól eltérő eredményre vezetett.

P. L. 39 éves férfibetegnek néhány nappal a klinikára felvétele előtt jobboldali végtagjai zsibbadni kezdtek és beszéde akadózott lett. Majd megszűnt beszélni és jobb testfele teljesen megbénult, miközben eszméletlenül maradt. Lelet: A

vérben Wassermann- és Kahn-reactio erősen positiv. Idegrendszer: A jobb nervus facialis alsó ága paresises, a kiöltött nyelv jobbra tér el. A jobb oldali végtagok teljesen bénultak, a felső végtag petyhüdt, az alsó kissé fokozott tonusú. A jobb oldali mély reflexek élénkebbek, hasreflex jobb oldalon nem váltható ki. Jobb lábón clonus és Babinski-reflex. Érzészavar nem mutatható ki. Tiszta motoros aphasia. Jódkalium és Neobismosalvan hatására a súlyos beszédzavar hamar javulni kezdett és néhány nap múltán a beteg alsó végtagját is meg tudta mozdítani. A csaknem 6 heti klinikai tartózkodás folyamán a jobb felső végtag, az alkar flexorainak igen csekély activ működését kivéve, teljesen benuult és kifejezetten hypotoniás volt; egész izomzatának meglehetősen egyenletes sorvadása az insulust követő 3. héten tünt fel és a 4. hét végétől állandósult az atrophia. Ekkor

az ép felkar kerülete	27.0 cm,
a benuult felkar kerülete	24.5 cm,
az ép alkar legnagyobb kerülete	26.0 cm,
a benuult alkar legnagyobb kerülete	23.0 cm

volt. Ebben az időben történt a chronaxia meghatározása két izomban a felkar és az alkar egy-egy hajlító és feszítő izmában:

		benuult oldal		ép oldal	
		Rh*)	τ *)	Rh	τ
M. biceps.	I.	96	0.11	64	0.11
	II.	104	0.08	60	0.08
M. triceps, caput lat.	I.	140	0.13	108	0.19
	II.	136	0.27	116	0.29
M. flexor carpi ulnaris.	I.	100	0.45	64	0.19
	II.	100	0.38	80	0.16
M. extensor digitorum communis.	I.	124	0.48	katód: 96	1.30
				anód: 96	1.05
	II.	132	0.42	katód: 104	1.30
				anód: 108	1.00

Ezen adatok szerint a benuult oldalon mindegyik izom rheobasisa jóval nagyobb, mint az ép oldal megfelelő értékei; utóbbiak normalis nagyságúak. Weil esetében is ilyen különbség volt a két oldal intenzitásküszöbei között. A peripheriás benuulás kezdetén megfigyelhető fokozott galvanos ingerelhetőség tehát, mely a rheobasis csökkenésében nyilvánul meg, agyvelői izomsorvadásban nem fordul elő. Ez azonban nem tekinthető lényeges különbségnek az említett kétféle atrophia között. Gildemeister⁹ vizsgálataiból tudjuk, hogy a fokozott galvanos ingerelhetőség csak látszólagos. Azon legrövidebb időtartam t. i., ameddig a küszöbintenzitású áramnak hatnia kell, hogy rángást váltson ki, vagyis a rheobasis időközszöbe (Hauptnutzzeit, Gildemeister), a fokozott galvanos ingerelhetőség idejében sokkal hosszabb a normalisnál; így tehát rendes, vagy csökkent küszöbintenzitás mellett a legkisebb hatásos elektromosság-mennyisége nagyobb, mint amekkorára az ép izomnak szüksége van. Ezért voltaképpen a „fokozott galvanos ingerelhetőségű” izom is kevésbé ingerelhető a normalisnál. Egyébként egyedül a rheobasis ismerete alapján nem bizonyos az, hogy betegünkben a benuult izmok nagyobb rheobasisa azok csökkent ingerelhetőségét jelenti. Ezek az izmok t. i. sorvadtak voltak; lehetséges tehát, hogy az izomszövet megfogyása miatt volt szükség nagyobb intenzitásra, azaz ugyanazon elektrod mellett nagyobb áramsűrűsége. Eppen ezért szükséges az ingerelhetőség másik meghatározójának, a chronaxiának ismerete.

Az ép oldalon a musculus biceps, triceps, flexor carpi ulnaris chronaxiája egészségeseken talált értékeimmel egyező¹⁰. A musculus extensor digitorum communis chronaxiája a normalis középtértéknek kb. háromszorosa; ezenkívül feltűnt az, hogy az anoddal ingerelve ismételt kisebb chronaxiát kaptunk, mint a kathoddal, ami egészségeseken igen ritkán, talán csak technikai hiba, vagy bőrpolarisatio folytán fordul elő. Ez az eltérés a normalistól azonban a tárgyalt esetben nem jelenti az

illető peripheriás mozgató neuron sérülését; már Bourguignon felismerte, hogy féloldali környéki eredetű bántalmak az ép oldal megfelelő izmainak chronaxiáját is megváltoztatják (répercussion). Betegünkön ugyan az izomchronaxia a másik oldal centralis benuulása után változott meg, és a rángássorrend megfordulása is szokatlannak; az ép oldal egyéb kóros elváltozása híján azonban nem kételkedünk abban, hogy ezek a jelenségek is a Bourguignon-féle répercussion keretében tartoznak. Klinikai tünetek is, pl. a hemiplegiában az ép oldalon jelentkező együttmozgás, tanúsítják, hogy a két testfél mozgató berendezése nem független egymástól, hanem az egyiknek a bántalma a másikra is kihat. Arra gondoltunk, hogy a góccal azonos oldali abnormalis chronaxia az oldalkötegbeli homolateralis pyramisrostok sérülésének jele. A benuult oldalon a musculus triceps chronaxiája egyezik a másik oldalival. A musculus triceps chronaxiája a normalisnak alsó, illetve felső határán van, a musculus extensor digitorum communis-é ugyancsak normalis. Ellenben a musculus flexor carpi ulnaris chronaxiája normalis gyorsaságú izomrángás mellett a normalisnak kb. kétszerese és majdnem pontosan egyenlő az extensoréval. Itt tehát kiegyenlítődött a különbség az antagonisták izompár között. Ezen számadatok egyrészt feltűnő aránytalanságot mutatnak a benuulás súlyossága és a chronaxiának csekély megváltozása között, másrészt — Weil eredményével egyezően — igen nyomósan szólnak a peripheriás mozgató neuron súlyosabb bántalma, degenerálása ellen. A chronaxia csak egy izmon nőtt meg, a rheobasis viszont mind a négy izmon emelkedett, tehát intenzitás- és időközszöb egymástól függetlennek mutatkozott. Mivel az alább leírandó második vizsgálat alkalmával a rheobasisok az ép oldallal egyező normalis értékűek voltak az izmok tömegének jelentős gyarapodása nélkül, azért a rheobasisok nagyobb volta, Weiltől eltérően, nem magyarázható az izomállomány megfogyásával. Az intenzitásküszöb megnövekedését a petyhüdt agyvelői benuulást követő izomsorvadás sajátos jellemző tünetének kell tartanunk.

Három hónap múlva újra felvettük a beteget. Ekkor járása és beszéde jelentékenyen jobb volt, mint az első észlelés végén, felső végtagjának benuulása azonban csak kevésbé javult, ellenben tonusa kifejezetten fokozódott és jellemző, nem nagyfokú flexiós contractura fejlődött ki rajta. A két felső végtag izomtömegének különbözősége ekkor sokkal kevésbé ötlött szembe. Az ép oldal izomzata kissé megfogyott, valószínűleg a beteg nyugalmas életmódja folytán, a benuult oldal izomzata azonban az előző méréshez képest kissé gyarapodott. Steinert azon megfigyelését, hogy a központi eredetű hypotoniás benuulások nagyobb fokú izomsorvadásal járnak, mint a spasmusok, itt ugyanazon beteg időbeli egymásutánban látjuk igazoltnak. A méretek a következők voltak:

Ép oldal	felkar 26.5 cm, alkar 25.0 cm,
benuult oldal	felkar 25.0 cm, alkar 23.5 cm.

A chronaximetria eredménye a következő:

	benuult oldal		ép oldal	
	Rh	τ	Rh	τ
M. biceps.	92	0.06	66	0.06
M. triceps, caput lat.	60	0.14	80	0.19
M. flexor carpi uln.	84	0.10	80	0.26
M. extensor digit. comm.	96	0.10	110	0.48

Az ép oldal értékei normalisak. A benuult oldalon figyelmet érdemel a rheobasisok normalis volta; ezt a változást az előbbi vizsgálat óta a hypotonia megszűnésével, illetve a spasmus és a contractura kifejlődésével hozhatjuk összefüggésbe, a trophia csekély javulása nyilván

*) Rheobasis Voltban, τ chronaxia 1/1000 mp-ben.

nem okolható érte. Az alkaron a feszítő és hajlító izom chronaxiája kiegyenlítődtől olyan alacsony értéken, hogy a végtag mind a négy vizsgált izmának chronaxiája igen közel áll egymáshoz. Ez az eredmény megegyezik Steinnek spasmusos bénulásban talált adataival.

Ezen chronaxia-vizsgálatok alapján arra a nagyjelentőségű kérdésre, hogy az izomsorvadás mindig a peripheriás mozgató neuron degenerálásához van-e kötve, a következőképpen felelhetünk: A petyhüdt agyvelői bénulás után támadó izomsorvadásban a chronaximetria a peripheriás mozgató neuron bántalma ellen szól. A chronaxia viselkedése ilyen esetben teljesen különbözik a környéki bénulásban található eltéréstől, viszont hasonlít az izomsorvadás nélküli pyramispályasérülés képéhez. Az agyvelői izomsorvadásra jellemző ellenben az intenzitásküszöb megnövekedése. Az elfajulás elektrophysiológiai jeleinek hiányából azonban nem lehet a peripheriás mozgató neuron normalis működésére következtetni. Az agyvelői izomsorvadás tünetcsoportja amellet szól, hogy degenerálás nélkül is megváltozhatik annak működése, úgy, hogy a következmény az izomzat sorvadása lesz. Ezen változás okát az agyvelői izomsorvadás eseteiben a corticospinalis mozgató impulsusok elmaradásában és a tonusszabályozásnak hypotoniát előidéző zavarában kell keresnünk.

Irodalom: 1. C. Eisenlohr: Neur. Zbl. 1890, 1. — 2. Bálint: M. O. A. 1897, 200. — 3. Steinert: D. Arch. Kl. Med. 1906, 85. 445. — 4. Schaffer: Mschr. Neur. Psych. 1897, 2. 30. — 5. Kiss: Arch. Psych. Nervenkh. 1929, 88. 411. — 6. Bourguignon: Nouveau Traité de Médecine, XVII. — 7. Stein: D. Z. Nervenkh. 1927, 100. 203. — 8. Weil: D. Z. Nervenkh. 1930, 112. 177. — 9. Gildemeister—Achels: D. Arch. Kl. Med. 1915, 117. 586. — 10. Perémy: Zschr. exper. Med. 1932, 82. 684.

A Ferenc József Tud.-Egyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (igazgató: Poór Ferenc ny. r. tanár.)

A vérkép értékelése bőrtuberculosisban.

Irta: Varga Aladár dr.

1931 őszen 35 bőrtuberculosisban szenvedő egyénen (21 nő és 14 férfi) figyeltem meg a vérképet. Ezek közül legtöbb (26) az arc, orr s nyálkahártyák lupus vulgarisa, 6 esetben a végtagok lupusával együtt, 5 ben csak a végtagokon, 9 esetben tuberculosis colliquativa magában, vagy lupussal szövődve, egy esetben carcinoma in lupo, egy tuberculosis verrucosa cutis és lupus erythematosus egy esete. A betegeket úgy klinikailag, mint röntgennel átvizsgálva (v. Varga Lajos dr.), 19 esetben ép mellkast, 7-ben dúsabb hílust, 9 esetben apex-homálylyal együtt észleltük.

Eredményeimet könnyebb áttekintés végett a táblázati táblázatban foglaltam össze:

Hogy a táblázat adatait értékelni tudjuk, az egyes vérképek összehasonlításában a következő kérdéseket tettük fel:

1. Mely esetben magas a vérsüllyedés?
2. Mikor nagyobb az eltolódás?
3. Mikor magasabb a lymphocita- és monocyta szám?
4. Van-e párhuzam a vérsüllyedés és az eltolódás között?
5. Hogy viszonylik a vérsüllyedés és a lymphocita-monocyta szám?
6. Mikor magas az eosinophylsejtek száma?
7. Van-e összefüggés a fehérvérsejtszám és a többi tünetek között (tartam, eltolódás, lymphocyta-, monocyta-, eosinophil- szám)?

E pontokat szemelött tartva eseteinkből a következő megfigyeléseket vonhatjuk le:

A vérsüllyedés (alsó határnak 20 mm.-t véve) a foiyamat súlyossága szerint feltétlenül nagyobb értékeket mutat. Határozott szabályszerűség azonban nem állítható fel, mivel úgy fekélyes folyamatokban, mint látszólag jóindulatú esetekben egyaránt magas, míg máshol alacsony. Legmagasabb volt carcinomás, fekélyes folyamatban, majd terhesség esetében s luessel szövődve, amik a tuberculosisos folyamat súlyosságának értékelésében nem jöhetnek szóba. Mindenesetre figyelemre méltó, hogy a vérsüllyedés az esetek többségében magas volt. Ez organikus, és pedig mélyreható elváltozás mellett szól s igen fontos a folyamat súlyosságának, valamint a gyógykezelés kapcsán fellépő javulásnak megítélésében. Erről e 35 eset későbbi pontos haematológiai lelete világosít fel. (Nem szabad figyelmen kívül hagynunk ismert tényezőket, mint graviditas, menses, hő, gyulladás, tumor stb.)

Ezzel kapcsolatban legkézenfekvőbb a vérképben az eltolódás ismerete, amiről tudjuk, hogy fennálló infectio vagy toxicosis biztos jele s a folyamat súlyossága szerint nagyobb vagy kisebb, tűnik el, vagy regenerációs eltolódásból esetleg degenerációsba megy át. Kivételek azok a chronikus fertőző esetek, amelyekben a hosszú infectio alatt a szervezet reakcióképessége annyira meggyengült, hogy új alakok kidobására, újraképzésre képtelen s jobbraeltolódás (Arneht) jelentkezik. S tényleg azt látjuk, hogy a magasabb számú pálcikamagvú, vagy a fiatal alakok súlyosabb folyamatban jelennek meg s főleg ott, ahol a physikalis vizsgálat s röntgen a tüdő részéről is valami, ha nem is súlyos elváltozást mutattak ki.

S bár itt is a súlyosabb folyamatokat kíséri az erősebb eltolódás s bár általánosságban a vérsüllyedéssel párhuzamosan szokott haladni, mégis lényegesebb összefüggés, párhuzam kimutatható nem volt. Inkább csak azt látjuk, hogy az összes esetekben az eltolódás kifejezett s ahol nem találjuk, azok határozottan mind jóindulatú, prognostikailag könnyű s jó gyógyhajlammal bíró esetek.

Az eosinophil lényegében erősebb megszorodást sehol sem mutat, bizonyítva, hogy a lupus lényegében nem csupán a bőr betegsége, hanem bakteriális betegség specifikus reakciója, mi az egész szervezet allergiás megváltozását hozza magával — másfelől azt, hogy alacsonyabb eosinophil szám mellett a fertőzés súlyosabb. Azt lehet mondani, hogy a legmagasabbnak, fekélyes folyamatban találtuk, ami a szétesett szöveteknek ismert felszívódási reakciójára utal.

Igen lényeges s talán a legjellemzőbb az összes tuberculosis folyamatok vérképében a lymphocyta és monocyta, viselkedése. Ismeretes ugyanis a jóindulatú folyamatokban erős megszorodása s általában a tuberculosisban kifejezett lymphocytareakció, mely nemcsak a vérképben, hanem a tuberculumok körüli sánc megalkotásán kívül a különböző exsudatumok, akár a gümös liquor cytológiai leletét is jellemzi.

Eseteinkben azt látjuk, hogy tényleg a magasabb lymphocyta számok a jóindulatú esetekben fordulnak elő, de viszont azt is mondhatjuk, hogy csak igéretei a jóindulatúságnak. Leginkább mutatják ezt azok az esetek, melyekben egyuttal a monocyta-szám is megszorodott, ami a monocytavédelmi szakot (Schilling) s a reticulo-endothelialis apparatus harckésztségét, előretörését tünteti fel.

A lymphocyta és monocyta között párhuzamot figyelhetünk meg, illetve azt, hogy az az inger, amely a lymphocyta-apparatust ingerli, a monocytát sem hagyja reakciótlannak. Kifejezett lymphocytosisról, tehát tipusos

Betegség kezdete	Betegség tartama	Vörös vérszám	Fehér vérszám	Hgb. %	Vérsüllyedés m/m	Eo.	Ba.	F.	P.	S.	Ly.	Mo.	Megjegyzés
24	27	4	4	82	90		1	7	19	45	18	10	carcinoma in lupo dusabb hilusok
19	6	3,44	9,6	43	76	2		1	26	55	14	2	gravid
14	9	3,8	8,8	60	60	3			20	30	30	17	tbc. colliqu.; abscessus frigid; apicitis?
13	15	4,45	5,2	80	47	3	1		2	67	20	7	lues latens; kezelés után
4	9	4,9	10	94	44	6		1	10	38	30	14	Myc: 1. kezelés után
12	3	4,6	6,5	70	43				10	53	23	13	Myc: 1
7	14	4,1	8,5	75	36				18	63	7	11	Myc: 1 előző recidiva
43	7	3,92	8,6	58	33	1	3		13	57	15	11	tbc. verrucosa cutis, dusabb hilusok
30	5	3,64	7,8	55	31	1		1	22	56	12	8	kezelés után
10	10	4,3	6,5	75	30	2			17	56	20	5	
14	4	4,2	5,1	75	30	2	1		20	50	24	3	dusabb hilusok
18	2	4,35	6	90	30	4		2	37	35	12	9	apicitis?
20	10	4,2	13,2	68	30	3	3		7	66	15	6	dusabb hilusok
19	5	4,1	8	70	29	4		1	10	60	15	10	tbc. colliquativa cutis
5	5	4,3	10,8	85	29	3		1	15	54	16	11	kiterjedt, mutilans folyamat
17	8	3,9	9,2	90	27	5		1	7	65	14	8	exulcerált góccok
16	5	5,1	10,2	100	27			3	41	42	7	7	exulceratio; apicitis?
20	18	4,9	7,8	100	26	6			14	61	14	5	sok recidiva; apicitis
14	20	4,8	8	93	25	2			8	75	12	3	recidivák; apicitis
16	2	5	10,7	82	25	3			19	63	14	1	nyálkahártya. exulceratiók
6	20	4	3,8	75	24	3			6	57	21	13	néhány recidiv göbese
11	9	4,5	6,1	65	20	10		3	12	35	20	20	exulceratiók
24	18	3,9	6,8	80	18	1			17	50	20	12	dusabb hilus
13	8	4,9	3,8	100	17	3			4	36	43	14	néhány upoma
13	13	4,5	6,5	80	16	3	1	2	26	38	25	5	
8	20	3,9	9,6	75	15	1			2	68	26	3	recidiv göbcsék
8	11	3,85	11,8	92	15	5			15	61	17	2	apicitis?
13	6	3,65	7,2	85	15	3	1		4	70	18	4	dusabb hilusok
27	20	4,1	8,1	65	15	5			11	54	25	5	súlyos exulceratiók
19	6	4,8	7,5	85	12	2	2		5	67	16	8	gyógyuló jóindulatú folyamat
9	16	4,6	5,4	98	10	2			14	43	37	4	apicitis?
6	25	4,35	5,5	90	10	5	1		10	44	24	16	dusabb hilusok
21	3 hó	4,2	6,2	65	8	2			14	47	25	12	apicitis; dusabb hilusok lupus erythematodes
2	13	3,9	5,2	75	8	1			23	26	33	17	
31	12	4,94	6,2	95	7	2	1		15	61	10	11	makacs recidiva nagy területeken. apicitis? dusabb hilusok

chronikus, kisvirulentiájú tuberculositikus toxin-hatásról, ami ezt a reakciót kiválthatná — azonban beszélni nem lehet. Azt mindenesetre látjuk, hogy a lymphocytá és monocytá szaporodás és magasabb szám ott van, ahol a vérsüllyedés lehető legalacsonyabb s így köztük és a vérsüllyedés között határozott antagonizmusról beszélhetünk. Ezek az esetek a jóindulatúak közé sorolhatók s a lymphocytá-monocytá jelenléte a már lezajlott erősebb reactio (neutrophil-küzdelmi szak) után következő monocytá védelmi és lymphás-gyógyulási szaknak felelnek meg.

A fehérvérsejtszám semmi lényegeset s az általánosan ismertektől eltérést nem mutat. Az alacsony, 4—5 ezer körüli számok jóindulatú esetekben fordulnak elő. Az első és 4-ik esetben részben carcinoma, részben lues zavarják a képet. A magasabb számok azonban, amelyek akár a normalis fölé emelkednek, főleg a fekélyes folyamatokban, vagy jelenlévő tüdőaffectio esetén jelentkeznek s legtöbbször complicatióra, illetőleg társfertőzésre utalnak. párhuzamosan haladnak az eltolódással s a neutrophil-küzdelmi szakkal.

A vörös vértesszám és haemoglobin-mennyiség szempontjából csupán azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a bőrtuberculosis toxicitás szempontjából a vérképzésre károsan ható ágensként nem jön számításba, sehol anaemiát nem okozott.

A kapott eredményeket összefoglalva azt mondhatjuk:

1. Az eozinophil megsaporodás nem jelentkezett, ami pedig a legtöbb bőrelváltozásban általában megvan s a megsaporodást csupán a fekélyes folyamatokban észleltük.

2. Magasabb vérsüllyedés súlyosabb, alacsonyabb jóindulatú folyamatra vall.

3. A lymphocytá és monocytá megsaporodása általában párhuzamosan halad s könnyű fertőzés, jóindulatúság vagy gyógyulás jele.

4. Balra eltolódás súlyosabb elváltozásokban van.

5. Az alacsonyabb fehérvérsejtszám nem gyakori s jóindulatúság mellett szól.

6. A vörösvértestszám s a haemoglobin lényeges eltérést a normálistól nem mutat.

Mindezekből megállapítható, hogy a vérkép a bőrtuberculosisban is jelentős diagnostikai segédeszköz, amely az esetek súlyosságának felismerésére is jó alapot ad, de a szövödmények fellépésének vagy gyógykezelésünk helyességének megítélésében is jó szolgálatot tesz, minek következtében úgy itt, mint egyéb betegségeknél is ajánlatos lenne kiterjedtebb használata.

Irodalom: Bobrov és Kogan: Arch. f. Derm. u. Syph. 154. k. 33. 1928. — Jaffé és Hertha: Münch. M. Wsch. 1931. I. 703. — Naegeli: Bluthk. u. Blutdg. 1923. — Rieuz: Haemat. Clin. 1924. — Rosenthal: Arch. f. Derm. u. Syph. 1930. 162. k. 311. — Schilling: D. Bluth. u. s. kl. Verw. 1922. — Somogyi: Arch. f. Derm. u. Syph. 1925. 148. k. 602. — Spiethoff: U. o. 1921. 132. k. 259. — Steiger—Kazal: U. o. 1928. 154. k. 621. — v. Varga: O. H. 1930. I.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A liquorvizsgálat jelentősége a poliomyelitis diagnózisában. F. Plaut. (Münch. med. Wsch. 1932. 39. sz.)

Poliomyelitis epidemiákban elsőrendű fontossággal bír a megbetegedés korai felismerése. Sajnos a praeparalytikus szakban a klinikai tünetek gyakran bizonytalanok és kevés támpontot nyújtanak a megbetegedés biztos diagnózisához. A korai diagnózis gyakran egyedül a liquor cerebrospinalis vizsgálatának eredménye biztosítja. Poliomyelitisben a liquor fokozott nyomással ürül, a sejtek mérsékelten megsaporodtak (mm^3 -ként 15–50 sejt), legtöbbször kizárólag lymphocyták és csak magas sejtszámkor (100 sejt mm^3 -ként) található 10–20% polymorph magvú leukocyta is. A globulinpróbák gyengén pozitívek, a liquor összfehérjertartalma megsaporodott. A colloïdreakciók (Goldsol, Mustix stb.) lueses görbét adnak. A liquor cukortartalma normalis. A poliomyelitis liquorlelet sajnos nem elég jellegzetes ahhoz, hogy eg. sz. határozottsággal elkülöníthető volna encephalitisben talált liquorváltozásoktól. Encephalitis epidemicában mindenesetre kevésbé nagyobb a liquor összfehérjertartalma a normalisnál, míg poliomyelitisben már a megbetegedés korai stadiumában találunk magas (100 mg% feletti) fehérjeértékeket. A francia szerzők által az encephalitis epidemicára jellemzőnek leírt „dissociation cyto-albuminique” (sejtszaporulat megfelelő fehérjemegsaporodás nélkül) nemcsak erre a megbetegedésre, de minden más encephalitis-alakra is jellemző. A liquor összfehérjájének megsaporodása tehát encephalitis ellen és inkább poliomyelitis mellett szól. Encephalitis epidemicában a liquorcukor az esetek 80%-ában megsaporodott. Poliomyelitisben általában normalis liquorcukorértéket kapunk, néha azonban itt is találhatunk magasabb liquorcukorértékeket, úgy, hogy a liquorcukor viselkedése alapján nem különíthető el teljes biztonsággal az egyik megbetegedés a másiktól. Ezzel szemben igen értékes lelet differential-diagnostikai szempontból a liquorcukor csökkenése a normalis érték alá: Ha poliomyelitis-gynus esetben a liquorcukor lényeges csökkenését találjuk (30 mg% alatt) egyidejű lymphocytosissal pleiocytosis mellett, ez a körülmény majdnem biztosan meningitis tuberculosa mellett szól. Abból szempontból vizsgálva a kérdést mikor adjunk és mikor ne adjunk poliomyelitis-gyanu esetén reconvalescens savót, szerző felfogása a következő: teljesen negatív liquorlelet mellett ne adjunk savót. Ha a liquorban sejtszaporulatot találunk, nem kell a liquorvizsgálat többi eredményét kívánni, hanem savót kell adni, figyelmen kívül hagyva, hogy a pleiocytosis esetleg más eredetű is lehet és így feleslegesen adjuk a reconvalescens savót. Ha csak kevés a sejt (4–8 mm^3 -ként) a befecskendés előtt az összfehérjertartalom is meghatározandó. Ha poliomyelitis-gyanu esetén a liquorban kevés sejt mellett a fehérjertartalom kétségtelenül megsaporodott, haladék nélkül adjunk reconvalescens savót.

Dvorák dr.

A bőrcapillariskok és az arteriás vérnyomás. Nothaas. (Kl. Wsch. 31, 1304.)

Szerző már egy közleményében rámutatott arra, hogy az arteriás vérnyomás magassága és a capillariskok tágulási készsége között összefüggés van. Jelen cikkében kimutatja, hogy ez az összefüggés megmarad akkor is, ha egy és ugyanazon egyének a vérnyomása megváltozik. Mérte a kísérleti személyek vérnyomását és a dermatographizmus lappangási idejét futás előtt és után és azt találta, hogy a vérnyomás emelkedésével arányosan rövidült a dermatographizmus lappangási ideje.

Vesselszky dr.

Szülészet.

Az ovarialis működési zavarok terapiája a petefészek hormonjaival. C. Kaufmann. (Med. klin. 1932. 28. 955–957. old.)

Szerző eltekint a hypophysis mellő leány hormon terapiás alkalmazásának megbeszélésétől, mert kellő klinikai anyaga még nincs erre vonatkozólag. Állatkísérletekből a petefészeknek 2, a genitáliákra ható hormonját ismerjük. Először a folliculusban képzett folliculus, illetőleg oestriscus hormon, mely a második, a corpus luteumban képzett hormonnal jóval kevésbé specifikus, mivel pl. ásványi olajban is nagy mennyiségben található. Általában ki kell emelni, hogy a különböző hatások, melyek állatkísérletekben kiválthatók, emberen nem minden esetben reprodukálhatók. Bizonyos schematizálással azt mondhatni, hogy a folliculus hormon hiányának karakteristikus jele az amenorrhoea. Ha a folliculus hormon productiója mellett a corpus luteum productiója hiányos, úgy ez genitális vérzést okoz. Az amenorrhoeát tehát oestriscus hormonnal kezeljük. Míg eleinte kis adagokat adtak, addig ma a klinikákon 500–1000 egér E-t adunk pro die hónapokon keresztül a terapiás hatás elérésére. Ez többnyire abban nyilvánul, hogy sikerült vérzést kiváltani. A kisebb uterus lényeges növekedését azonban nem szabad várunk. A primaer amenorrhoeákban, melyek fejletlen uterusal járnak együtt a terapia kilátástalan. Míg a klinikákon a hormonok terapiás hatását megismerendő, azokat együtt adagolják, addig a praxisban más gyógyeljárásokkal karöltve kell alkalmazni. Így fontos az inger-abrasio, roborálás vas-arsennel. Secundaer amenorrhoeákban hasznos lehet az ovariumok besugárzása 5–7% HED-vel.

A hormonalis zavar okozta vérzést corpus luteum hormonnal kezeljük. Csak az olajos oldatok hatékonyak s jelenleg csak rövid idő óta kereskedelmi forgalomban levő Luteogon Henning tartalmaz standardizált corpus luteum hormont. Szerző 16 esetben próbálta ki. Többnyire néhány órával az injectio után a vérzés csillapul, de a megszűnés csak több injectio után áll be, midőn is 1–2 nyúl egységet adott pro dosi. A vérzést megszüntető hatáson kívül az injectiók hosszabb időre normalissá is teszik a cyclust. Tapasztalatai alapján azt ajánlja, hogy vérzés esetén napi 2 nyúl egységet adjunk a vérzés megszűnéséig. Újból fellépő vérzéskor a kúra megismétlendő. Ha összesen 20 nyúl egység adagolása eredményhez nem vezetett, úgy a kezelést, mint eredménytelenül szakítsuk meg. Az adagok növelésének nincs értelme. Csak tapintható folliculus cystákban nem használja a corpus luteum hormont. Itt csak a cysta eltávolítása segít, mely kivételes esetekben bimanualis szétnyomás, illetőleg műtét útján történhetik. Climaxos vérzésekben nem indokolt a corpus luteum, itt a curettage ajánlatos, mely diagnostikus és terapiás célt szolgál. Ha a curettage nem segít, úgy a röntgen castratio a helyénvaló. A corpus luteum hormon még habitus abortusok is ajánlható. Jó eredményeket látott climaxos panaszokkor napi kétszeri 12 egység eredménytelensége esetén, 2×100 egér egység folliculus hormon peroralis alkalmazásától. Az extragenitális megbetegedések közül az arthropathia climakterikák hálás objectumai a folliculus hormon terapiának.

Gál Ödön dr.

Gyermekegyógyászat.

A Meinicke reactio viselkedése diphtheriás betegek serumával és diphtheria gyógyszerével szemben. Lorenz Feuerstein. (Arch. f. Khk. 97. k. 1–2. f.)

Többen állítják, hogy a serummal kezelt diphtheriás betegek vére pozitív syphillises reactiót adhat. Szerző 82 esetben végzett diphtheriás betegek serumával Meinicke reactiót, valamint magával a diphtheria-gyógyszerrel is 80 esetben. A gyógyszer 22.5%-ban pozitív kicsapási reactiót adott. A diphtheria gyógyszerrel kezelt betegek serumát csak 2.5%-ban adott gyengén pozitív reactiót, de csak abban az esetben, ahol az alkalmazott gyógyszer is pozitív volt. Maga a kicsapási próba nem azonos a lueses pozitív reactióval, így a Meinicke-reactio, mint syphillis diagnosticum nem veszít értékéből.

Csoma Eszter dr.

Mi a sorsa a Hirschprung-féle betegségben szenvedő gyermekeknek. Kshirode—Chaudhuri. (Arch. f. Khk. 97. k. 1–2. f.)

Szerzőnek 20 gyermek állott évekig megfigyelése alatt. Ezek kórtörténetét s további sorsát ismerteti. Tapasztalata szerint az esetek 1/4-e gyermekkorban meghalt, 1/4 részének állapota változatlan, 1/4 része javult, 1/4-e gyógyult.

Minden táplálkozással nem befolyásolható chronikus obstipációkor gondolnunk kell *Hirschprung*-féle betegségre, mert eseteiben ez alapon végzett röntgenvizsgálatok — a contrast anyagnak végbél felőli úton bevitelével — derítették ezt ki. Az *S. romanum* meghosszabbodása, dilatációja, hypertrophiája, jobbra helyeződése megállapítható már olyan időszakban is, amikor a has nagysága és az obstipatio foka még nem keltettek gyanút.

Gyógykezelésül a megfelelő hashajtók állandó alkalmazását ajánlja. Operatívul csak végső, igen súlyos esetekben végzendők, mert egy idő múlva az operált rész fölötti vastagbélrészlet tágulása az állapotot csak súlyosbítja.

Markovits Béla dr.

A csecsemőkori vizelet indicán próbájának módszere és kritikája. Prof. Mayerhofer. (Arch. f. Khk. 97. k. 1—2. f.)

A qualitativ vizelet indicánpróba a bél rothadási termékek közül csak az indol alkotórészt mutatja ki, ami pedig nem ad biztos felvilágosítást a bél-rothadási folyamat előhaladásáról. Gyakran ellentétben áll más rothadási termékek, mint pl. az aetherkénsavak mennyiségének jelenlétével. A glucuronsavak rothadásakor basikus anyagokat kötnék és mint páros glucuronsavak ürülnek ki a vizeletben; ezért *Tollens* és *Goldschmidt*-féle qualitativ glucuronsavas próba sokkal érzékenyebb jele a bélrothadásnak, mint az indicánreactio, amely csak súlyos és előrehaladt bélzavarokban jelentkezik.

Csona Eszter dr.

Májfunctió vizsgálatok scarlatinában. Van Creeveld. (Amer. Journ. of Diseases of Children 1932. 44. k. 265. o.)

Szerző a májfunctio vizsgálatára a glukose-, fructose- és galaktose megterhelési próbákat alkalmazta. A scarlat napjaiban a fructosemegterheléssel functió zavart nem lehetett kimutani. Láztalan állapotban a harmadik héten a galaktosepróba még sokkal gyakoribban volt pozitív, mint az első napokban, anélkül, hogy a többi szervek részéről bármilyen abnormitást tudott volna kimutatni. A dextrose-tolerancia a scarlat minden szakában normalis volt.

Csapó dr.

Urologia.

Az ureter hólyagi végének cystikus tágulata, egyben adat a felsőbb húgyutak physiopathológiájához. V. Goldberg. (Zschr. f. Urol. Chir. 1923. 35. k. 1—2. f.)

A szerző 22 esetének kórtörténetével ismerteti az ureter hólyagi végződésének cystikus dilatációját. A vizsgáló eszközök fejlődésével jelentős léptekkel haladt előre ezen körkép diagnosztikája. Míg azelőtt csupán a boncasztalon, mint mellékes lelet került felszínre, ma az urologia beteganyagának 4 ezrelékét teszi. Megfigyelte a fejlődési rendellenességekkel gyakori párosulását. Az intravenás pyelographia alkalmazásával kimutatta a felsőbb húgyutakban a következményes pangást és atóniát, amely kőképződésre és infectióra kedvező talajt teremt. Jellemző a röntgenogramra az ureter hólyagi beszájadjzásánál a „kigyófej” (Schlangenkopf) alak.

Szold Endre dr.

A húgyvezeték dynamikájának élettana és kórtana a kiválasztásos urographiában, különös tekintettel az adnex megbetegedésekre. Hechenbach W. (Zschr. f. Urol. Chirurg. 1932. 35. k. 1—2. f.)

A kiválasztásos pyelographia csak akkor ad betekintést a felső húgyutak dynamikájába, ha a vizsgáló nem alkalmaz mesterséges pangást a húgyvezetékben. A tágtult ureter jelenléte a kiválasztásos röntgenogrammon nem mindig kóros jel, mert nem tudjuk ma még különválasztani a functionalis és motilitásos zavarokat. A „primaer atonia” körképét kritika tárgyává kell tenni.

Különös jelentőséget tulajdonít az ureter megbetegedéseiben a férfi és női adnex megbetegedéseknek. Az összefüggést oly szorosnak tartja, különösen a női adnexekkel, hogy az ureter megbetegedéséből következtethet az adnexek elváltozásaira is.

Szold Endre dr.

Gégészet.

Helyi érzéstelenítés a rhino-laryngológiában, különös tekintettel a pantokainra. Güssow. (Zbl. Laryng. usw. 1932. 22. k.)

Güssow a pantokaint a rhino-laryngológiában, mint felületes érzéstelenítőszer, továbbá egy ezrelékes oldatban injectio alakjában alkalmazta. Ugy Güssow, valamint más szerzők kísérleteiben a pantokain jó érzéstelenítő szerné bizonyult.

Bajkay Tibor dr.

A gége amyloidtumorairól. Kriegsmann G. (Arch. Ohr-, usw. Heilk. 1932. 132. k.)

Szerző 21 éves nőbeteg gégéjében két amyloidtumort talált. A nagyobbik az epiglottis bal széléről a bal aryepora húzódt, kisebbik a bal hangszalagból indult ki. A légszomj miatt tracheotomia vált szükségessé. A tumor részleges kimetszése után szerző diathermiával kezelte betegét. A kezelést még nem fejezte be, azonban minden jel arra mutat, hogy a therapia eredményes lesz.

Bajkay Tibor dr.

Az angina után keletkező sepsisről. Hirsch C. (Kl. Wschr. 1932. II.)

Az angina után keletkező sepsist — *Uffenorde* szerint — lymphadenitis okozza. A primaer góc fészke a spatium parapharyngeumban van. Ezen megállapítás érthetővé teszi az intracranialis szövődmény bekövetkezését, amelyben a beteg egyötöd része elpusztul. A bakteriologiai vizsgálatok megállapították, hogy a kedvezőtlen prognoszt az anaerob bakteriumok jelenléte okozza. Septikus folyamatok esetén mindig a tonsillákra kell gondolni, még akkor is, ha rajtuk lényeges elváltozás nem állapítható meg. Az egyetlen eredményre vezető therapia a sebészi beavatkozás. Egyesek nem végzik el a mandulák exstirpációját, hanem kívülről behatolva szabaddá teszik a vena jugularis internát s azután kötik le az ereket.

Bajkay Tibor dr.

Fülgyógyászat.

116 éves aggastyán hallása. S. Kompanejetz, Charkow. (Mschr. f. Ohrenhk. 66. é. 4. f.)

Szerzőnek azon ritka alkalomban volt része, hogy egy 116 éves, egyébként is teljesen egészséges, jó emlékezőtehetségű aggastyán hallását vizsgálhatta meg részletesen. Tapasztalatait a következőkben foglalhatja össze saját esetére vonatkozólag: 1. A csontvezetés rövidült különösen magasabb hangoknál. 2. Mindkét halláshatár beszűkült. 3. A hallásélesség egyenletesen csökkent a hangskála minden hangjára vonatkozólag. — Az öregkori nagyothallásnak nem egységes az aetiologiája: a legkülönbözőbb eredetű nagyothallás (arteriosklerosis, progressiv labyrinthae nagyothallás), ide sorolnak; de a valódi presbyacusisnak *O. Mayer* vizsgálatai szerint a membrana basillaris rugalmatlanná válása az oka, a csiga minden kanyarulatában a csúcstól az alap felé fokozódva. Ennek alapján mondta ki *Lederer*, hogy az öregkori nagyothallásra jellemző a felső halláshatár beszűkülése és a magas hangok preceptiójának csökkenése. Ehhez a szerző, tapasztalatai alapján, még hozzá kell venni, mint jellemző tünetet, az általános hallásrosszabbodást a hangskála minden hangját illetőleg és a hangélesség beszűkülését mindkét halláshatáron.

Krepuska István dr.

Ritka áttét esete sinusthrombosis után. L. Haymann. (Fol. oto-lar. 1932. 23. k. 1—2. f.)

Szerző 50 éves férfibetegén heveny baloldali középfülgyulladás — csecsnýújtvány lob — sinusthrombosis miatt antrotomiát és sinusmütétet végzett. Sima sebgyógyulás, egyedüli panasz csupán a nyakba, bal vállba és alkarba kisugárzó fájdalom, melyet, miután más magyarázatot nem talált, reumatikusnak vett fel. Cerebrális és vestibularis tünetek az egész idő alatt nem voltak észlelhetők. Az említett fájdalmak kimaradva zárult mütéti sebbel, teljesen száraz füllel távozott a beteg. Három hónap múlva a fájdalom újból jelentkeztek, magas láz kíséretében, a nyak körülírt bőrpírjával, duzzanatával az 5—6. nyakcsigolyának megfelelően. A röntgenvizsgálat e csigolyák összeolvadását jelezte, de sem a fülsészeti, sem az ideg- és belvizsgálat semmi kórosat nem tudott kimutatni. A szerző szerint a beteg sinus tartalmának áttétele a csigolyatestbe következett be, melyet a mütét után fájdalmak jeleztek.

Az áttéti góc megnyugodott s később a testi munkát végző beteg valamely traumát átszenvedve, a góc újra fellobbant, okozva e jellegzetesnek nevezhető fájdalmakat, lázat. Glison-féle függeszítőkezelés 14 nap alatt gyógyította a csigolyafolyamatot. Gümőkór felvételét kizárja a beteg családi és egyéni anamnesise.

Alföldi Jenő dr.

Új utak a fülkürt megismerésére. Kissolymosi Gyergyay Árpád, ny. rk. tanár, Kolozsvár. (Kir. Magy. Egyetemi Nyomda, Budapest, 1932. kiadása.)

Gyergyay régi kutatója a fülkürt bonctanának, élettanának és kóros elváltozásainak. Az általa szerkesztett műszer a tuba Eustachii belsejét szemünk számára is hozzáférhetővé tette.

Jelen tanulmányában ama kísérleteiről és eredményeiről számol be, amelyek a fülkürt ép és kóros funtiójára vonatkoznak.

Kísérlet-sorozatainak tanulsága szerint a fülkürt alaki elváltozásaiban fontosabb a fülkürt ép vagy kóros működését megállapítani, mert így kiderül, hogy pl. ugyanazon fülkürt is a legkülönbözőbb átjárhatóságra és mozgásfeleségre képes. Vizsgálatai szerint az olyan fülkürt, amely minden nyeléskor, vagy ásitáskor megnyílik vagy lazán csukódik, továbbá az olyan hallószerv fülkürtje, amelynek dobhártyája ki-domborodik, szintén beteg. Már pedig az ilyen fülkürtök gyakran fordulnak elő.

Gyakorlati eredménye e megállapításoknak az, hogy a fülkürt szapora nyílásának gyérítése, záró erejének fokozása a maga helyén alkalmazva, csökkentheti a kellemetlen fülzúgást, javíthatja a hallást.

Krepuska István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Manuel de dermatologie. Desaux et Boutelier, Paris, Masson (1932. Két kötetben 1227 l. 641 ábrával Ára 260 fr.)

A latin közmondás szerint: Qui bene distinguit, bene docet. Ez rá illett az utóbbi évtizedek egyik legkitünőbb dermatológusára, Louis Brocq-ra, aki óriási beteganyagán a bőrbetegségek megkülönböztető diagnosztikáját a legnagyobb tökélyre emelve, 1890, 1907 és 1924–27-ben megjelent fő munkáival a legnagyobb elismerést, világhírrevert aratott és üttörő felfogásának általános érvényt szerzett. A bár hajlott korban, de még mindig túlkorán elhunyt mester (1. Orv. Hetilap 1929. jun. 15. 24. sz.) maradandó kihatásának legjobb bizonyítéka, hogy halála után tanítványai megint összefoglalják gondolatait, tanítását és reformjait és egy teljesen modern kitűnően illusztrált, roppant anyagra felépített, aránylag nem túl bő tankönyvben közhasználatra bocsátják azt. A mű szakkörökben nagy elismerést aratott — főleg nagyon praktikus beosztása miatt.

A szerzők a tájékoztatlan kezdő helyzetébe képzeltek magukat és a könyvet egy 303 lapra terjedő, 384 ábrával illusztrált diagnosztikával kezdik, melyben, ha nem is tabelarisan, mint pl. Scholz munkája, de a legfeltűnőbb jelenségek szerint, taglalás és kizárás útján vezetnek rá a keresőt a helyes diagnózisra. Utána következik a normalis bőrnek ismertetése, a modern immunbiológia megvilágításában, az ép és kóros alapviszonyok és az általános gyógykezelés változásával; majd a 2. kötetben 700 lapon gazdagon illusztrálva a specialis rész, melyben végig veszik a különböző kórfolyamatokat, felemlítik a histológiai leletek lényegét és széttagolt, praeciz utasításokat adnak a gyógykezelésre. Az egész munka gyakorlati irányú és a kezdő számára kétségtelenül a legértékesebb szakkönyvek közé tartozik.

Nékám prof.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Bruno Kisch. (V. Tagung. XIX. 362. 95 ábrával. Steinkopf, 1932.)

41 referatum, előadás, bemutatás. Felsorolásuk helyett csak a legjelentősebbeket ismertetem. O. Müller referatuma: „Die Blutkrankheit in Schwaben” nagyjában azt az anyagot öleli fel, amelyet Parrissus-szal kiadott könyvében tárgyal (1 ismertetését: O. H. 1932. 43. sz.) E. Becker a vérnek chemiai elváltozásáról az essentialis hypertoniában adott elő, az aminosav-N értékének megnagyobbodását találta az esetek kétharmadában, amit az anyagcsere megváltozásának tulajdonít H. Bohn a halvány hypertoniások véréből ultrafiltrációval állította elő a vérnyomást fokozó anyagokat s ugyanilyen betegek liquorának állat vénájába fecskendezésével előidézett vérnyomásemelkedést. M. Nordmann és O. Müller egy esetet ismertetnek, amelyben Heine-Medin betegség folytán a substantia reticularis grisea a VII. és IX. fejedeg magva között sérült és ez a vérnyomásnak 165, majd 209 Hg mm-ig emelkedésével járt együtt. E. Gabbe a vérnek környéki keringéséről és utilitációjáról beszélt az arteriális és vénás vér O-tartalmának megváltozása alapján. Testi munka fokozza az O-fogyasztást a vérből, de gyorsítja a véráramlást. Innen származik, hogy testi munka után a vénás vérnek O-tartalma nagyobb vagy kisebb lehet a nyugalmi értékénél. Hideg karfürdőben az O-utilitáció csökken annak ellenére, hogy a keringés lassúbbá vált. Meleg fürdőre a percvolumen nagyobb lesz, a vér O-jének kihasználása azonban csökken ugyanolyan fokban, mint a hideg fürdőben. Decompensálásban oedemás vérben aránytalanul sok az O, az oedemás szövet látszólag nem tudja átvinni a vérből az O-t. Hubert szerint az aorta aneurysma nem a

diffus aortitisből fejlődik, hanem különálló alakja az aortasyphilisnek, amelynek alapja az aortafal gummás nekrosisa. Koch a nyomás fokozásával a carotis-sinus-készítményben előidézte a parasymphikus tonus fokozását, az animalis idegrendszerben a skeletizmok mozgásának, tonusának és reflexingerlékenységének csökkenését és az állatnak az alvászhoz hasonló állapotba jutását. Mindezek a tünetek a pressoreceptorikus keringési reflex irradiációjának az eredménye.

Herzog prof.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 4-i ülése.

Bemutatások:

1. Nádor-Nikitits I.: Adatok a miliaris tuberculosis pathogenesiséhez. A miliaris tuberculosis keletkezésének oka valamely vénába betört tuberculositikus góc. Hübschmann szerint ezt csak az esetek kis hányadában sikerült igazolni. Szerinte a vénák elváltozása nem ok, hanem következmény, massív bakterium invasio nem a lényeges, sőt nem is szükséges. Legfontosabb az allergiás állapot oly megváltozása, amely lehetővé teszi, hogy a vérbe elég gyakran bejutó és ott keringő tuberculosis-bacillus hirtelen felszaporodjon. Azon esetekben lép fel a heveny és gyorsan exitushoz vezető miliaris szóródás, amikor a szervezetben nincs számottevő activ folyamat, a chronikusabb esetek viszont oly alakokban mutatkoznak, amikor többé-kevésbé kiterjedt tuberculositikus kórforma áll fenn. Négy esetet ismertet, amely a sablonos pathogenesissel nem egyezik meg. 1. 17 éves nő 4 hét alatt lefolyó miliaris tuberculosis endometritis és salpingoophoritis caseosa mellett. 2. 24 éves férfin a jobb felső lebeny cavernosus elváltozása miatt pneumothorax kezelés négy hónapra keresztül. A beteg hirtelen lázas lett és nem egész két hét múlva meghalt. Acut haematogen szóródás volt egész szervezetében kimutatható, kivéve azon tüdőfelet, amely a légmellkezelés alatt állott. Valószínű, hogy a mechanikus tényező: a nyomáscsökkenés volt az oka annak, hogy ezen oldalt a disseminatio megkímélte. 3. 18 éves férfin haemoptoeval megnyilvánuló friss hilus megbetegedést mutatott a röntgen. A subfebrilis hőmérsékletet csakhamar magas láz váltotta fel. Ugyanekkor mindkét tüdőben kiterjedt apró göcs szóródás. Pár nap múlva kifejezett meningialis tünetek. Utóbbi kb. három hét alatt, a tüdőbeli szóródás kb. 3 hónap múlva fejlődött vissza. A beteg azóta is állandóan javul. 4. 37 éves férfin fél év előtt rövid ideig magas lázas, hurutos tünetek mutatkoztak. Csakhamar láztalan lett, állandóan hízik. A röntgen szerint a tüdőben levő igen apró, sűrű disseminatio alig változik; a gégén levő granulatioja eltűnik. Ez az ú. n. „granulies froides” a francia szerzők észleletével ellentétesen hevenyen kezdődött.

Okolicsányi-Kuthy D.: A miliaris universalis keletkezését Ponfick eredetileg a ductus thoracicusból kiindulónak fogta fel, a Weigert-féle érelmélet későbbi. De a tuberculosis haematogen szétszóródásának ma is legészszerűbb magyarázata a gümös góc szomszédságában elcsajtosodott érfal arrosioja s a nyíláson át a bacillus detritusnak bejutása a vérpályába. Az általános köles-gümőkór kórjólata újabbán az eset immunitási karaktere szerint differentálódik. Pagel, Ulrici intézetéből között dolgozatában egyenesen 3 csoportot különböztet meg: acut, subacut és chronikus miliarist. Utóbbi alak disseminált gümői is indurativ hajlamot árulnak el.

Nádor-Nikitits I.: Különösen a miliaris tuberculosisban fontos azon esetek észlelése, melyek nem teljesen acutan folynak le és van mód a kifejlődés megfigyelésére, ami az acut lefolyásban alig lehetséges. A pathogenesis tisztázásával fogjuk ezeket a folyamatokat közelebbről megismerni.

2. Puhr L.: Mindkét tüdő endogen diffus elmeszesedése. 49 éves nő szívpanaszokkal, erős cyanosissal vettek fel az Államvasutak kórházába. Előzményeiben hétszer fel tüdőgyulladás. A tüdők mozgékonyasága csekélyebb. Fokozódó szívgyengeség. Exitus. A boncolás mindkét tüdő diffus, mész-okozta megkeményedését derítette ki. Metszslap üveg-papírra emlékeztető, érdes. Az állomány alig vágható. Tüdősúly összesen 3550 gramm. A vesékben glomerulonephritis, erős nephrosos jelleggel. Véres bélhurut. A görscsövi vizsgálat a tüdő elmeszesedésének eddig ismeretlen megjelenési alakját derítette ki: a tág és kötőszövetes vastag falú alveolusokban mikroszkopos concrementum, illetve kőképződmények vannak. A kép hasonlít a Wirchow-féle mész-metastasishoz.

A vér calcium nivójának emelkedésében a mézskiválasztás fő helyeinek a belyákhártya- és veséknek megbetegedései is szerepeltek. Esetét érdekessé teszi, hogy a betegen csontresorptióval járó folyamat nincs, hogy a megbetegedés csak a tüdőre szorítkozik s diffuse mindkettőre kiterjed, végül, hogy nem mézskiválasztás, hanem mikroszkopos kóképződés van jelen.

Bézi I.: Az érdekes esetben az alveolusok üregében levő körkörös réteges concrementumok a többszöri pneumonia folyamán képződhetnek. Influenza esetében a bronchiolitis és bronchitis obliterans mézskiválasztást is tartalmazhat. Jelen esetben történt-e kimerítő mézsvizsgálat? Két uterus carcinoma esetében a tüdőben elmeszesedett infarctust talált. Ezeknek bemutatott szöveti képe szerint — ellentétben az előadóval — a tüdő állománya: alveolusok, bronchusok és erek fala meszesedett el.

Hrabovszky Z.: A bemutatott esetet 1929-ben és 1931-ben röntgenelték. Első ízben a lelet negatív. A másodikban a kórbonctani leletnek megfelelő volt; ekkor, mint az intrapulmonalis elmeszesedésnek röntgennel még nem észlelt alakját, a MORE-ban bemutatták.

Csapó J.: Hangsúlyozza a colloidok jelentőségét és a colloidok mézszoldó képességének vizsgálatát az elmeszesedés pathológiai chemiájában.

3. Paunz M.: *Gümös tracheo-bronchialis nyirokmirigy áttörése a légutakba, mediastinalis és bőralatti emphysemával.* A 9 éves fiút súlyos légzési nehézségekkel, nagy kiterjedésű bőr alatti emphysemával a nyakon és mellkason vették fel a Stefánia-gyermekkorházba. Trauma nem érte. A physikalikus vizsgálatból, a röntgen-leletből és a bőralatti emphysemából arra kellett következtetni, hogy tracheo-bronchialis nyirokmirigy tört át a légcsőbe és egyúttal rés keletkezett az elülső gátüreg felé is a mirigytek repedésével. Légcsőmetszés, bronchoskopia inferior: kis lencsényi sarjadzó terület jelezte az áttörés helyét. A gyermek állapota a beavatkozás után gyorsan gyógyult s egy hónap múlva elbocsáthatták teljesen szabad légzéssel. Azóta meghízott, jól van. Az ilyen mirigy-áttörések a gyermekkorban nem túlságosan ritkák s ha kellő időben légcsőmetszéssel, bronchoskopiával beavatkoznak, az eredmények sokszor nagyon jók. A Stefánia-gyermekkorházban eddig 9 esetben sikerült ily módon gyermekek életét megmenteni. Fontos az áttörés korai felismerése, mielőtt még a fulladási halál bekövetkezik.

Előadás:

Sebestyén Gy.: *A tüdőtüdőgyógyos sebészi kezeléséről.* A tüdőgyógyos közös pathológiai alapra vezethetők vissza, így tehát klinikai megjelenésük egybefolyó. A kevert alakoktól eltekintve, két fő típus különböztethető meg: úgy mint a valódi tüdőgyógyos és a gangraenás tüdőgyógyos klinikai képe. E két típus egymástól úgy klinikailag, mint röntgenológice, mint bakteriologiailag élesen elkülöníthető. A gangraenás tüdőgyógyosban a pneumoniás eredet dominál s Buday vizsgálatai óta, a fusospirillaris endogen infectio aetiologiailag jelentősége beigazolt. A valódi tüdőgyógyosban az emboliás eredet lép előtérbe. Az utóbbi években bevezetett paraffin-technika, a tüdőtüdőgyógyos sebészi kezelésében haladást jelent. E haladás két pontban foglalható össze: 1. a paraffin-technikával a pleuraüreg obliterálni tudjuk s ily módon oly tüdőgyógyos is megnyithatók, amelyek körül pleuralis összenövésnek nincsenek. 2. Bármely helyen, melyen a parenchymában üljön is a tüdőgyógyos, ezen eljárás segítségével könnyű szerrel megnyitható. Tehát a tüdőtüdőgyógyos mütéti inditációja bővült. A tüdőgyógyosok kezdetben conservative kezelendők, mivel kb. 20%-a az eseteknek belgyógyászatiilag gyógyul. Az esetek másik része, diffusz tüdőgyógyosba megy át, melyek rendszeren halálos kimenetelűek. Az esetek harmadik része subacut vagy chronikus válik. Ily esetekben már a belgyógyászati kezelés kilátásai nem jók. A beavatkozás optimális ideje, a megbetegedés 6. hete (*Sauerbruch*). Az előadó 23 esetéből 7 valódi tüdőgyógyos gyógyult, 13 vegyes és gangraenás tüdőgyógyos közül meghalt 3. A mütét sikere a beavatkozás időpontjának helyes megválasztásában és az adott esetben a megfelelő sebészi methodus alkalmazásában rejlik. Az előadást, paraffinplombage segítségével megnyitott tüdőtüdőgyógyos mütéteinek film-demonstrációja követte.

vitéz Dániel G.: A tüdőgyógyos kórisméje könnyebb, terapiája a nehezebb feladat. A sokoldalú belorvosi kezelés nem, illetve csak ott válik be, ahol a betegség spontán amúgy is meggyógyul. A művi kezelés egyszerűbb módjai, a phrenikus exairesis, a pneumothorax legfeljebb múló javulást biztosítanak s maradandó eredmény csakis radicalis sebészi beavatkozástól, a többszakaszos pneumotomiától várható. A

legnagyobb nehézség ezért annak eldöntésében áll, hogy mely időpontban alkalmazzuk ezt a nem éppen közömbös mütétet. Legtovább a bronchiektasiával várhatunk, viszont az is bizonyos, hogy itt mütét nélkül gyógyulásra nincs kilátás. Abscessusban nem ritka a spontán gyógyulás; ezért legalább 6—8 hétig várjunk s feltéve, hogy veszély-, nagyfokú leromlottság, septikus állapot stb. nem fenyeget, csak azután operáltassunk. Gangraenában a spontán gyógyulás gyakorisága minimális, viszont kitűnő tüneti — bár nem maradandó — eredménnyel kezelhető salvarsannal, különösen eleinte, mert később a betegek salvarsan-refractaerre válnak. Gangraenában ezért célszerű a beteget 4—6 hetes salvarsan-kúrával és párhuzamosan alkalmazott tüneti és roboráló kezeléssel javulásra (látalanodásra, köpetének csökkenésére, a bűz elvesztésére, testsúlygyarapodásra, általános erősödéssre) bírni s ezután vagy azonnal, vagy az első recidiva alkalmával megoperáltatni és nem tenni ki őt a contact vagy metastatikus úton történő tovaterjedés veszélyének, amikor a mütéti beavatkozás esélyei is sokkal rosszabbak.

Bemutatás:

Gál Ö.: *Felvételek az I. sz. női klinika szülészeti és nőgyógyászati mütétekről készült filmsorozatából.* 1. Kimeneti fogómütét, 2. episiotomia és gátvarrás, 3. perforatio és extractio kranioclasttal.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának október 13-i ülése.

Bemutatások:

Gajzágó J.: *Traumás spondylolysthesis.* A röntgenfelvételekkel illusztrált eset 20 év előtti traumára vezethető vissza. A megbetegedés panaszokat alig okozott.

Gellért E.: A spondylolysthesis, mely a csigolyaköz vesületett defectusa, trauma csak ritkán okozza, mely körülmény baleseti vonatkozásban fontos, különösen napjainkban, midőn minden megbetegedést igyekeznek balesettel összefüggésbe hozni.

Bud Gy.: 9 év előtti trauma következtében létrejött spondylolysthesis ismertet szüléssel kapcsolatban. Külső medenceemérek normalisak, csontrendszeren — a lumbalis lordosistól eltekintve — elváltozás nem volt jelen. Esetében a rectalis vizsgálat nem szolgáltatott felvilágosítást, a pontos kórismét egyedül a belső vizsgálat és stereoskopos röntgenkép szolgáltatatta.

Temesváry R.: A megbetegedés elnevezését helytelenül ejtjük ki; ethymologiai magyarázattal szolgál.

Salacz P.: *Kettős méh egyidejű terhessége.* Uterus bicornis bicollis cum vagina septa esetében mindkét méhfél egyidőben fennáll, kiviselt terhességét és a szülés lefolyását ismerteti.

Bud Gy.: A női nemzetség szervek fejlődési rendellenességeivel kapcsolatos tudományos kérdések tisztázására a rendszeres terhesellenőrzést igen alkalmasnak tartja.

Előadás:

v. Schulz A.: *Az ovarium és hypophysis hormonalis kölcsönhatása.* Vizsgálatai arra vonatkoznak, hogy van-e időbeli különbség a két petefészki normalis állapot, a féloldalt castrált és a normalisnál több petefészkiel bíró állatok nemi működésének beállta között. Fehéregereken különbség nem mutatkozott. Petefészki kivonat sem gyakorolt a hypophysis mellő leányára, a nemi működés megindítására gátló hatást. A petefészkeknek a hypophysisre sem gátló, sem serkentő hatását bizonyítva nem látjuk. Infantilis petefészkeknek a pubertas létrejöttében activ szerepét az előadó kísérleteinek eredményei cáfolják.

Bud Gy.: Permeabilitási vizsgálatai alapján minden szervnek sajátos elektrophysiologiai alkata van, mely a ha-ül beálltával azonnali szétválásnak indul; a leölt állat szer-ei tehát azonnal feldolgozandók.

Kiss J.: *Adatok a méhen kívüli terhesség kérdéséhez Budapest 1931. évi anyaga alapján.* (Részletesen későbbi időpontban jelenik meg.)

Tóth I.: Azt, hogy milyen tényezők szerepelnek a méhen kívüli terhesség létrejöttében már az általa szerkesztett gynaekologiai kézikönyvben lefektette, tehát az esetek szaporodását nem egyedül a diagnostikus vizsgálat tökéletesese-

désében látja, mint azt előadó rávonatközzé említette. A budapesti statisztika nem teljes, mert csak operált eseteket ölel fel, hiányzik belőle a spontán gyógyult, illetőleg műtét előtt elhalt anyag.

Konrád J.: Szolnokon a méhen kívüli terhességek szaporodását észlelte, melyet a válságos helyzettel hoz összefüggésbe, kiemelve a jodinjekciók szerepét.

Fischl A.: Operált esete kapcsán lehetnek tartja, hogy a fimbriák ültö hydatid Morgani, illetőleg a beteg által szedett chininnel kiváltott méhösszehúzódnak akadályozzák a petének a méhüregbe jutását, mely ezek után a méhkürtben rekedt.

Tauffer V.: Aetiologiai tényezők közt a gonorrhoea terjedése, a súlyos genitális megbetegedésekkel járó művi beavatkozások, a praeventív jodinjekció látszik leginkább összefüggésben állani a méhen kívüli terhességek szaporodásával.

Kiss J.: A konservatív kezelésben részesült extrauterin esetek száma annyira csekély, hogy kimutatásának arányszámait ezek lényegesen nem befolyásolják. Azon betegeket, akik néhány napos megfigyelés után elhagyják az intézetet, nem lehet conservative kezelt eseteknek számítani.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának október 10-i ülése.

Bemutatók:

Melczér M.: *Keratosis follicularis és spinulosa alakjában jelentkező késői arsenobenzol ártalom.* 29 éves cigány, második kombinált, Bi és revival kúrájában, testsúlykg-ként 0.0055 gr, összesen 4.15 gr revivalt kapott, amit jól tűrt. Hat hét után az utolsó revivaltbefecskendezés után az egész testfelületre ráterjedő késői kiütés fejlődött ki, follicularis, részint isolált, részint csoportokba rendeződött, félgömböses, gombostüfejnyszerű, elszórtan kihegyezett kúpszerű keratotikus szarusopók alakjában. A beteg kenőcsös kezelésben nem részesült s a kúrát megelőzően manifest tünetei sem voltak. A kiütés 3 hónapig tartott, majd hyperpigmentációs foltok hátrahagyásával, kb. 7 hónap múlva visszafejlődött. Revivallal, neosalvarsannal, a szervetlen kalium és natrium arsenicosummal végzett cutinreakciók negatív eredményt adtak.

Prausnitz-Küstner módszere szerint sem sikerült emberre és tengerimalacra a beteg vérsavójával, a revival iránti érzékenységet passivén átvenni. Histológiailag a tágult folliculustöleket rétegezett hyperkeratotikus szarusapók töltötték ki, melyekben helyenként az atrophiaszörzsal is kimutatható volt. Az epidermis para-follicularisan normalisnak látszott. A papillaris rétegben, továbbá a szörtüszök körül, helyenként a subcutis közepéig betérjedő mérsékeltfokú gömbsejtes beszűrődés foglalt helyet, melynek főtömegét lymphocytaszerű sejtek alkották. Az exanthema területében revivalt a Jancsó-féle módszerrel még a reticuloendothelialis sejtekben sem sikerült kimutatni. Bloch dopareactiója, különösen a folliculushámban, de para-follicularisan is az epidermisben erősen fokozott volt, jelölül annak, hogy a lassan jelentkező hyperpigmentációt a dopaoxydase fokozódott termelődése váltotta ki.

Szüle D.: Az Addison kór terapiája. Bemutatja sikeresen kezelt 40 éves férfibetegét, kinek a Richter-gyár által Cortigen néven forgalombahozott mellékvese kéregkivonattal nemcsak a súlyos és életveszélyes általános tünetekkel járó Addisonos rohamait lehet megszüntetni, hanem a vér és anyagcsere zavarainak nagyrésze (Rest. N. és carbamid, chlorcalcium-, phosphor-reáció stb.) is kedvezően befolyásolható. A beteg decoloratója Cortigennel nem érhető el, de a Szentgyörgyi által isolált tiszta hexuronsav helyett citromlé adagolására lassanként bekövetkezik.

Angyán J.: Különösen kiemeli Szüle megfigyeléséből azt, hogy az Addisonos roham alatt a vérben kimutatható maradék N.-tartalom az injectio hatására alászállott. A mellékvesekéreg hatásos anyagainak vizsgálatára eddig csak a mellékvese kiirtása utáni életben tartó hatás áll rendelkezésre. Biedl és tanítványai megkísérelték a mellékvesekiirtás után jelentkező légzési zavar befolyásolását az általuk készített kéregkivonat hatásosságát vizsgálni. Vezetése alatt Will végzett kísérletes vizsgálatokat, melyekben mellékveséjétől megfosztott állat izomszövetében vizsgálták a maradék N.-tartalom magatartását. Ezen vizsgálatokat most folytatja, azon célból lehetne ezen változásokat a kéregkivonat hatásos anyagának vizsgálatára felhasználni. Megemlíti még, hogy kli-

nikáján az utóbbi időben észlelt 2 súlyos Addison-beteg életbentartása, — mindkettőnek vérében a maradék N.-tartalmú anyagok nagyfokú szaporodása is meg volt állapítható, — kéregkivonattal nem volt lehetséges.

v. Duzár J.: Szentgyörgyi a hexuronsavat a rég keresett „C” vitaminnak tartja. Ez alapon kérde előadótól, sikerült-e már más „C” vitamintartalmú növényi nedvvel Addison-kórosokat úgy elhalványítani, mint citromlével (pl. paradicsommal, sárgarépával).

Szüle D.: Köszöni Angyán prof. hozzászólását. Duzár prof. kérdésére megemlíti, hogy más „C” vitamintartalmú terményekkel nem volt módja a decolorálást megpróbálni, mert egyelőre csak a citromlé hatása érdekelte.

Follmann J.: *Extragenitalis lues infectio családon belüli elterjedésének útja.* 48 éves nagynyanya, 23 és 12 éves leány és 16 hónapos unoka tonsillaris primaer sklerosist kaptak regionalis nyirokmirigy duzzanattal, positiv spirochaeta pallida lelettel és seroreakciókkal. A család másik 3 tagja: 21 éves leány, annak férje és gyermeke a fertőzéstől mentesek maradtak. A fertőzés forrását kikutatni nem sikerült. Az elterjedés útját követve, valószínű, hogy a 23 éves nő hozta a családba. Ezt a felvételt a 23 éves anyán és gyermekeken észlelt legkifejezettebb elváltozásokon kívül az is megerősíti, hogy a fertőzést csak az a 4 nőtag kapta meg, akiknek az a rossz szokása, hogy a gyermeket közvetlenül szájából tették meg, míg a másik 3 tagja a családnak, akik ezt nem tették meg, bár ugyanazon lakásban laktak, mentesek maradtak a fertőzéstől.

Előadás:

Somogyi Gy.: *A röntgenátvilágítás szerepe a heveny gyomor- és bélátfúródások kórismézésében.* A heveny gyomor- és bélátfúródás klinikai tünetei még a leggyakorlottabbak kezében sem 100%-os értékűek. A tévedések onnan származnak, hogy az átfúródást nem az átfúródás tényéből: a levegőnek és a folyékony gyomor-béltartalomnak a szabad hasüregben kimutatásából, hanem az azok által okozott has-hártyagyulladás tünetéből állapítják meg. Peritonitisre jellemző vagy azt utánozó tüneteket nemcsak a gyomorbélcsatorna kilyukadása, hanem a többi hasüri, sőt a mellkasi szervek heveny megbetegedései is okozhatnak. Az átfúródást teljes biztonsággal meg lehet állapítani a szabad hasüregbe jutott, olykor minimális levegő jelenlétéből, mely a beteg ülő, vagy álló helyzetében végzett egyszerű, ú. n. üres röntgenátvilágításkor félhold alakjában látható, a rekesz alatt gyakrabban jobboldalt. Elkülönítő körjelzés szempontjából számbajöhetnek: gázperitonitis, interpositio coli, műtét után a szabad hasüregben rekedt levegő és a rekesz alatti gáztályog. Fedett perforációban a 2., 3., legkésőbb a 4. napon csaknem mindig megtaláljuk egyik vagy másik, gyakrabban a jobboldalt concomitáló pleuritist a sinus phrenicocostalis néha igazán minimális kitöltöttségével és a rekesz körülalatt mozgásával. Ez a tünet igen értékes jel. A vékonybelek rupturájakor nem jut mindig gáz a szabad hasüregbe. Vastagbél átfúródására, szakadására nincsenek észleletei. A pécsi sebészeti klinikán egyszerű röntgenátvilágítással 45 gyomor- és bélátfúródás, illetve ruptura miatt operált beteg közül 43-ban lehetett műtét előtt a szabad hasüregbe jutott levegőből a nyílt perforációt megállapítani és közel ennyi esetben azt a levegő hiányából kizárni. A 43 röntgenfelvételt demonstrálja.

v. Csongor Gy.: Diffus peritonitissal beszállított beteg az appendix tájon volt a fájdalmak punctum maximuma. Mivel az előző napon functionalis gyomorvizsgálat történt, röntgenátvilágítást végzett. A jobb rekesz alatt ujjnyi vastag sávban jelentkező levegőcsík a diagnosist eldöntötte és a műtét a feltevést igazolta. A 41 kg-os beteg felgyógyulásában hathatós tényező volt, hogy csak egy hasi metszést kapott, vagyis 20—25 perces narcosist megtakarítottak.

Orosz D.: Az ulcussal és typhussal kapcsolatos perforációk a gyermekkorban annál ritkábbak, minél fiatalabb az egyén, ellenben az újszülöttekben előfordulnak egész specialis perforációk veleszületett stenosisokkal, atresiákkal, a bél és húgyivarszerv fejlődési rendellenességeivel kapcsolatban; de spontán (kryptogen okokból is). Ezeken számos esetben leírták a pneumoperitonitis röntgenképét, de a megfigyelések nem részesültek kellő értékelésben. A röntgenvizsgálatnak két ízben is hasznát vette. Egy esetben egy 4 éves fiún a typhus 3. hetében hasi panaszok léptek fel, a röntgenkép sero-pneumo-peritoneumot mutatott ki s ilymódon biztosította a diagnosist. Egy más alkalommal épp ellenkezőleg egy ugyancsak typhusban szenvedő 9 éves fiún a 3 héten hír-

telen fellépett hasi panaszoknál az ismételt röntgenátvilágítás perforatio ellen szolt s a továbbiakban csakugyan más szövödmény: endocarditis bontakozott ki.

Neuber E.: A röntgenvizsgálási eljárást különösen a patkóbél átfúródásokban tartja nagyjelentőségűnek. Az átfúródás korai szakában a rekesz alatt elhúzódó légchólyag csaknem megdönthetetlen bizonyossággal utal a baj eredetére. Értéke az eljárásnak még fokozódik olyan esetekben, mikor a fekély átfúródása mintegy 2 nappal a klinikára becsatlósítás előtt történt. Ismeretes az a tény, hogy sok esetben a gyomorból kiöntött tartalom a felhágó remese mentén a vakbél tájékára húzódik és ilyenkor a vakbél tájék érzékenyebb, mint a jobb bordaív alatti tájék: tehát az átfúródásnak a helye. Ilyenkor az átfúródásos hashártyagyulladás nagyon könnyen összetéveszthető a féregnyulványból eredő hashártyagyulladással, ennek eldöntése pedig legtöbbször a fent említett röntgenvizsgálattal sikerül.

A debreceni Orvosegyesület október 20-i ülése.

Bemutató:

Kreiker A.: A tokos hályogműtét legújabb alakjáról számol be 100 esete kapcsán. Daviel óta állandó törekvés a hályog zárt tokban történő eltávolításának módszeres megoldása. Néhány óvintézkedés a műtétet egyszerűbbé és az ismert bonyodalmatokat elkerülhetővé tette. Ezek a *van Lint* f. akinesia, a *Fromaget* f. retrobulbaris injectio, a *Blaskovics* f. kantarvarrat, a *Blaskovics* f. szemhéjterpesztő és a kötőhártyakötény. Ezek védelme alatt a lencse, előzetes alsó sublaxatioja után, amely egy módosított *Kalt* f. csipővel történik, a *Smith*-féle „buktató” eljárással zárt tokban könnyen eltávolítható. A műtét létrejövételében fő érdeme *Kaltnak* és *Smithnek* van. Minden, az összes módosítások ezen két szerző gondolatán épülnek fel. A műtét előnyei nagyok: 1. a betegnek nem kell várni az u. n. „érésre”, 2. nincs maradék és utóhályog, és 3. nincs izgalom. Ha a tok extractio közben megrepedne, akkor a műtét átalakul rendez extracapsularis eljárássá, azzal az előnnyel, hogy ilyenkor néha a tokot utólag még ki lehet húzni. Saját eseteiben 73 %-ban sikerült a tokos kivonás. Mindez csak a senilis kataraktára vonatkozik. Fiatalabb korban lehetetlen a tok megfogásán keresztül a rendkívül elasticus zonulát elszakítani, úgy hogy a műtét a 45 életéven alul nem vihető ki. Ezért a fiatalkori hályog intracapsularis műtéte még mindig nincs megoldva.

Hüttl T.: *Hypophysis tumor műtét eredménye.* 34 éves férfi betegem másfél év előtt malignus hypophysis daganat miatt *Schloffer—Eisenberg*-féle transspenoidalis műtétet végzett. A beteggel kapcsolatosan demonstrálta, hogy az orr átvésésével járó műtét eljárásnak nincs kozmetikai szempontból hátránya. A beteg látása a műtét óta kifogástalan. A látótér vizsgálat azonban a műtét utáni közvetlen állapothoz képest nem javult, ami amellel szól, hogy kizárólag a látóidegnek a nyomás alól felszabadításával érhetünk el eredményt. A diabetes insipidus a műtét óta teljesen megszűnt, a beteg polyphagiája azonban változatlan. A végtagok és az arc, koponya további növekedése is megszűnt, sőt az ellenőrző Röntgenvizsgálat a sella turcica nagyfokú megkisebbedését mutatta. A betegnek a közelmúltban kis furunculusból oly súlyos septicus állapot fejlődött ki, mely emlékeztet a *Simmond*-féle hypophysis cachexia körképére. Ez amellel bizonyít, hogy hypothalamusban levő központok bántalmazottsága következtében a beteg szervezetének reakciója módosult.

Előadás:

Orsós F.: *Emphysema et exsudatum interstitiale és ablatio pleurae művi pneumothorax mellett.* 22 éves férfin a bal felső lebeny ökölnyi cavernája miatt 6 hónap alatt 17 töltés történt, kezdetben 500—700, a 3. hónaptól fogva csak 100—100 cm³-rel. A levegőköpeny állandóan 3 harántújjnyi volt. A csücs és az alsó lebeny alsó-hátulsó szöglete rögzítve maradt. A jobb tüdőben a Röntgen csak X. 3-án mutatott disseminált gócot. X. 4-én a beteg távozott, de X. 5-én este ismét beszállítják nagy légszomjmal és cyanosissal. 132-es pulzussal. X. 6-án hajnalban exitus. A boncolásnál az összehalasztott bal tüdő sokkal enyhébb elváltozást mutatott, mint a 3 nappal előbb még csaknem ép jobb tüdő. A bal tüdő cavernája összehaladt, belfelülete lesimult tömött sajtos réteg. Néhány élesen határolt tömött sajtos gócon kívül a tüdő túlnyomó része légtartalmú. A légtartalmú terület egybeesik a levegőköpennyel. Ellenben az alsó lebeny rögzített részében

hasonló friss beszűrődés és pleura-alatti gyülemek láthatók, mint a jobb tüdőben. Az egész jobb tüdő friss szemcsés tömörödést mutat, pleurája pedig számos helyen mákszemnyi, egészen gyermektenyérynnyi karéjos szélű területben hólyagszerűleg elodmaborodott. A pleura-alatti gyülemek kevés levegőn kívül zavaros savót és több helyen vért is tartalmaznak. A felső lebenyen nagyobb a levált, mint a még tapadó pleura-rész. A metszfelületen legapróbb disseminált friss tuberculumok és leghevenyebb hepatitisatio. A pleura leválások közelében az infiltrált tüdőszövet vérzéses és nagyobb felszínes hiányok is láthatók benne. A mikroszkóp magyarázatot ad a bal tüdő levegő felszívó képességének csökkenésére is. A megvastagodott pleura külső rétege ugyanis callosus és hyalin rostonyával teljesen áthatott. A jobb tüdőben az infiltrált septumokban sűrűn találhatók szabad nagy légchólyagok és friss szakadások helyét kitöltő izzadmány és vérgyülemek, mégpedig a mikroszkópos nagyságtól a gyermektenyérynnyi gyülemekig minden átmenetben. A hepatitisationak legjellegzetesebb jelensége az alveolusok falát szorosan fedő hyalin rostonyahártya. Az eset a pneumothorax több nyílt kérdésére ad választ. A légmelles ballal egyenlőképp disponált, de máris túlterhelt jobb tüdő, melyben előzőleg csak initialis disseminatio állott fenn, a klinika elhagyása után a maximalis erőpróbának vettették alá, ami megindította a heveny diffúz infiltratiót, ez pedig circulus viciosus-t létesített. A légtelenedő jobb tüdőt a hirtelen beálló insufficiencia lehetetlen feladat elé állította. Az erőszakolt légzőmozgások interstitialis emphysemát létesítettek, a szövetszakadások helyén azonban a légtelenség folytán túlnyomólag izzadmány és vér lépett ki. A tömörült tüdő nem tudván követni a táguló mellkast, a hydrocs ex vacuo elvénél fogva a pleura vált le és alatta hatalmas véres izzadmánygyülemek keletkeztek. A jobb tüdő tömörülése és a pleura leválások kétségkívül a halált megelőző napon jöttek létre. A bal tüdőben hasonló elváltozás csak a rögzített, vagyis a légzésmozgásokból ki nem kapcsolt kis területben fejlődött ki.

Honoris Causa doktoravatás a lyoni egyetemen.

A lyoni egyetem tanácsa az orvosi fakultás javaslatára s *de Monzie* közoktatásügyi miniszter jóváhagyásával november 3-án ünnepélyes közgyűlésen honoris causa doktorokká avatta báró *Korányi Sándor* és *Grósz Emil* budapesti egyetemi tanárokat.

Az egyetem nagy aulája ez alkalommal zsúfolásig megtelt. Az első sorban a prefet (megfelel a főispáni állásnak), az alpolgármesterek, a generálisok, a hatóságok s a főiskolák képviselői foglaltak helyet. Az emelvényen az egyetemi tanárok s az ifjúság két képviselője ültek, utóbbiak zászlójukkal. A tanárok valamennyien díszes selyemtógában összes rendjeleikkel jelentek meg, az első sorban a Rektor, a Dékánok s a tiszteletbeli doktorok ültek; a két magyar tanáron kívül *Verhoogen* brüsszeli, s *Ehlers* koppenhágai egyetemi tanárt avatták.

A Rektor megnyitó beszéde után felolvasta az üdvözlő sürgönyöket. A magyar professorokat Magyarország párisi követe *Villani* báró, a franciaországi magyar egyesület s a párisi magyar tanulmányi központ üdvözltek.

Az avató beszédet a lyoni egyetem orvosi fakultásának dékánja: *J. Lépine* tartotta, aki kifejtette, hogy a két magyar orvos avatásakor az egyetemet két gondolat vezette. Elsősorban azon országot óhajtottá megismertetni, mely az emberi élet védelmére olyan sokat tesz, amelyben a közegészségügy organizatiója karöltve halad a kiváló orvosi oktatással. Ez utóbbi megfelel a hírneves tudósok által megalapozott tradícióknak „kik között az emberiség egyik nagy jótévője: *Semmelweis Ignác* még *Pasteur* előtt felismerte a gyermekágyiláz fertőzőes jellegét.” Másodsorban figyelembe vette, hogy Magyarország a meg nem érdemelt szenvedések ellenére sem vesztette szem elől a százados sympathiát, mely Franciaországgal összefűzte, sem azokat az összeköttetéseket,

melyek a jövőben a béke biztosítékává válhatnak. Ezután a felavatandók munkásságát részletesen ismertette s a szellemi együttműködés szükségességének hangsúlyozásával fejezte be előadását.

Grósz Emil megköszönve a legnagyobb kitüntetést amit a tudomány embere elérhet, befejezésül a következőket mondotta: „Nagyon jól tudom, hogy e nagy kitüntetés nem csak nekem szól, hanem még inkább a magyar nemzetnek, mely évszázadokon át a kelet kapujában a civilizatio, a kultúra védője volt; szól a budapesti egyetemnek, mely 1935-ben 300 éves alapításának évfordulóját ünnepli; szól az orvosi fakultásnak, melyet 1770-ben Mária Terézia alapított, s melyen a szemészetnek 116 éve külön rendes tanszéke van s mely egyetemnek tanára volt *Semmelweis* az asepsis atyja, az anyák és gyermekek megmentője.

Az a nagy kitüntetés, mely engem s általában a magyar nemzetet érte még szorosabbra fogja fűzni azon kapcsolatot, erősíteni fogja azon sympathiát, amely a nagy francia s a kis magyar nemzet között évszázadok óta fennáll. Ne feledkezzünk meg arról a szövetségről, melyet Rákóczi György 1642-ben Franciaországgal kötött s arról a támogatásról, melyben Rákóczi Ferenc XIV. Lajos részéről részesült. A hatalmas francia tudomány a magyar civilizációra mindenkor értékes befolyást gyakorolt.

Korányi Sándor írásbeli köszönetét, *Lirondelle* Rector olvasta fel. Ebben megemlékezett azon fiatalkori lelkesedéséről, mellyel majdnem félszázad előtt *Charcot* és kortársainak előadásait látogatta. Háláját fejezte ki mint boldogtalan hazájának fia, hogy a francia iskola két magyar avatása által készségét fejezte ki arra, hogy a francia és magyar nemzet szellemi együttműködését megerősítse.

Az egyetem tanácsa ebédet, az orvosi fakultás estebédet adott, melyeken a Rector és Dékán köszöntötték fel a felavatottakat. *Grósz Emil* válaszában *Lamartinet* citálta ki 1848 május 15-én azt mondta, hogy Magyarországnak Franciaországban annyi barátja van, ahány lakosa van.

November 4-én az ujonnan épült orvosi fakultás disztermében *Grósz Emil* a trachoma aetiológiájáról s prophylaxisáról tartott előadást.

A felavatottak a diplomán kívül címerrel és prémel diszített vörös selyem válldiszt kaptak.

A lyoni egyetem orvosi fakultása legjobban elhelyezett s felszerelt egész Franciaországban, 1600 orvostanhallgatója van. Lyon városa a 13 klinika számára 1500 ágyas új kórházat építtetett, a Rockefeller alapítvány pedig 41 millió francia frankkal támogatta a theoreticus intézetek újjáépítését (leírását l. O. H. 1931. évfolyamában, 724. oldal.)

Mint ismeretes *Herriot* Franciaország miniszterelnöke 28 év óta Lyon polgármestere, s kétségtelen, hogy a doktorrá avatásnak politikai jelentősége is van. De ettől eltekintve nekünk, magyar orvosoknak, végtelenül jól esik e két kiváló kartársunk kitüntetése, miből a magyar orvostudomány és az egész magyar orvosi rend iránt őszinte elismerést és tiszteletet érzünk ki egy oly nagy nemzet részéről, amelyiknek tudományát és az emberiségre áldást sugárzó szellemi vezéreit mindig csodálattal párosult lelkesedéssel szemléltük. Efölötti örömünkben és meghatottságunkban hálával és soha el nem múló tisztelettel fordulunk a két kitüntetett felé, akik Istenadta tehetségükkel és egy emberélet lelkes és türethetetlen munkásságával nekünk ezt a felemelő érzést megszerezték. Isten áldása legyen rajtuk!

Vámossy.

„Fenn tudjuk-e tartani a Szövetséget, Kamara mellett?”

Engedelmet kérek *Kerbolt* kollegámtól, hogy az Orvosi Hetilap 43. számában megjelent fenti cikkéhez néhány szerény gondolatot fűzhessek. Egyetértek a cikk gondolatmenetével, hogy a létesítendő — és úgy látszik már közeledő — Kamara mellett a Szövetség fenntartása anyagi áldozatot követel. Az is világos, hogy a hatóságok azontúl a Kamarát ismernék el a magyar orvosok hivatalos képviselőjének. Hogy azonban a Szövetség „egy taglétszámban lényegesen megfogyatkozott másodosztályú testületté fog válni, mely e miatt a gazdasági kérdésekben sem fogja elérni azt az eredményt, ami további fennmaradását indokoltá tenné” ezt nem merném határozottan állítani.

A külföldi különösen a Németországi viszonyokat ismerve, azt látjuk, hogy nemcsak hogy a Szövetségük fenn áll a Kamara mellett, hanem ma talán épp oly fontos pozíciót tölt be gazdasági szempontból, mint a Kamara ethikai nézőpontból. A magyar orvosi Kamarát születésekor mindegyikünk azzal a reménykedő kérdéssel fogja körülvenni és kísérni, hogy meg tudja-e javítani sorsunkat a mai nehéz gazdasági viszonyok között nemcsak erkölcsileg, de anyagilag is? Lesz-e annyi ideje illetve rendelkezésre álló munkaereje és *hatalma*, hogy gazdaságilag jobb meggyére vezesse ezt a nehéz igát vonó orvosi kart? Nem hiszem és nem merem remélni! A Kamarák munkássága ethikai-, deontologiai-, és adminisztratív teendőkben annyira kimerül, hogy nem lesz elég ideje, nem lesz elég munkaereje hozzá; no és most a „*hatalmat*” vizsgálva, azt hiszem mindnyájan tisztában vagyunk azzal, hogy pl. a társadalombiztosítás terén, midőn az állam ezen feltéve őrzött kisdédét erősítendő és



MALTOCOL

7% Kal. sulfoquajac., 10% Natr. camphoric. és 10% Natr. glycerophosphatot tartalmazó, kellemes ízű malátás szirup.

A beteg légzőszervek kitűnő gyógyszere.

A köhögési ingeret csillapítja, az éjjeli izzadást csökkenti, fokozza az étvágyat, jótékonyan befolyásolja a szív működést, javítja a közérzetet, roboráló hatása kitűnő.

INDIKÁCIÓI: Acut, subacut és chronicus bronchitis, emphysemás hurutok, pertussis, pneumonia.

ADAGOLÁSA: Felnőtteknek naponta 3 evő-, gyermekeknek 3 kávéskanállal, étkezés után.

Olcsó magyar készítmény.

Ára P 2.60

Mintát és irodalmat készséggel küld: **Thallmayer és Seitz R.-T. Budapest, V., Zrinyi-utca. 3.**

fejlesztendő, nem az orvosi kar érdekeit nézi elsősorban, hanem a társadalombiztosítást, akkor az orvosok állami szervének a Kamarának sem lesz módjában száz százalé-
kig az orvosok gazdasági érdekeiért küzdeni.

Ha pedig ez valóra válik, úgy az orvosi kar maga fog igyekezni, egy Szövetségi kereten belül tömörülve féltett kenyerét, megélhetését megvédeni és mai nehéz igáján egy kissé könnyítve, az orvosi mesterséget ismét hivatássá, művészetté emelni. A furcsa ebben csak az lesz, hogy akkor biztosra veszem, hogy jóval több és szorgalmasabban fizető tagja lesz a szövetségnek, mint ma.

Nem szeretném ha soraim félreértésre adnának okot: a Kamarát én üdvösnek, szükségesnek tartom és szeretettel várom, az erkölcs szilárdításával, kötelezett fegyel-mével tekintélyünk kétségtelenül emelkedni fog, de gaz-dasági kérdésekben az említett és sokszor talán fel sem ismerhető inkompatibilitásnál fogva talán még jogosul-tabb lesz a Szövetség, mint valaha.

Bayer Emil dr.

községi orvos t. járásorvos.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 18-i ülésének előzetes napirendje: Bemutatások: 1. *Jeney László és Löwincz Ferenc*: Idült mandulagyulladás kapcsán észlelt myasis esete, (Film bemutatással.) 2. *Milkó Vilmos*: Avertinnarkosissal kezelt és gyógyult tetanus esete. Előadások: 1. *Künsztler Mór*: A rosszul koncentráló epehólyag diagnostikája és terapiája. 2. *Ehrenfeld Hugó*: Correctio mammaplastikák. Ezen napi-rend előzetes tájékoztató szolgál és változást szenvedhet.

Új vezetőség a Park Sanatoriumban. A Park Sanato-rium régóta vajdó ügye végre dülöre jutott, egy egészsé-
gesnek mondható megoldás formájában, amennyiben egy orvoskonzorcium bérbevette. Evvel a sanatorium fennál-
lása és eredményes működése biztosítottak látszik. Az or-
vosi karban részben bennmaradnak a régi, tapasztalt, kipró-
bált gárda tagjai, részben kiváló új erőkkel egészítődik ki. A vezetőfőorvos *Révész Vidor dr.* Az orvosdiagnostikai la-
boratorium vezetésére sikerült *Surányi Lajos dr.* egyetemi magántanárt megnyerni. A physikotherapiás, vizgyógyinté-
zet és Zander-intézet vezetését *Schulhof Ödön dr.* veszi át, akit, mint e téren elsőrangú szakembert közönségünk Hé-
vizfürdőről ismer.

Igen nagyfontosságú tény, hogy az új vezetőségnek nagy mennyiségű radium áll rendelkezésére, mellyel spe-
cialisan képzett radiumszakemberek végzik a kezelést.

Az új vezetőség elsősorban a kissé elhanyagolt épületet hozatja rendbe, annak berendezését és orvosi felszerelését modernizálja, hogy úgy az orvosok, mint a betegek minden igénye ki legyen elégítve. Az intézet sebészeti, szülészeti és belgyógyászati osztályai diatás konyhával, csaknem kór-
házi áron állanak az orvosok és betegek rendelkezésére.

Az idei orvosi Nobel-díjat *Ch. Sherrington* (Oxford) és *E. D. Adrian* (Cambridge) között osztják meg.

Tokióban új rákkutató intézetet nyitottak meg, mely az egyetem kötelékébe tartozik. Az intézetnek kutató és klini-
kai osztálya van.

Angliában jelenleg összesen 16,609 gr radium van hasz-
nálatban.

Londonban megfigyelték, hogy a 15—25 éves nők tubercu-
lózis halandósága nem csökkent, szemben az idősebb nők és férfiak halandóságával. Főleg a hajadonok halálozása mutat emelkedést.

Hoffmann Oszkár dr. San Remóban ismét rendel.

Az Orvosi Évkönyv 1933. évi 43. évfolyamának kérdőívei már mind szétküldettek. Felhívjuk mindazon t. orvos ura-
kat, kik kérdőívet bármely oknál fogva nem kaptak, vagy elvesztették, hogy egy példányt adataik pontos beiktatása érdekében levelezőlap vagy telefon útján mielőbb bekérjenek. „Magyarország Orvosainak Évkönyve” szerkesztősége, Buda-
pest, VII., Kertész-utca 16. Telefon 406—47.

Helyreigazítás. Az O. H. 44. számában megjelent „Az ovarium visszahatása a hypophysisre” c. közleménybe két hibás szó került. A 995. oldal első sorában 42. sorában: „szempontból” helyett „csoporthoz”, ugyanazon oldal második sorában 16-ik sorában: „életben” szó helyett „életlen” olvasandó.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénte-
ken 12—1-ig tartja.

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi sajtóbizottság képviselőihez kell küldeni; a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

PÁLYÁZATI HIRDETÉS.

Pályázatot hirdetek a Veszprémmegyei város nyilvános jellegű kórházánál lemondás folytán megüresedett alorvosi állásra.

A pályázati kérvényeket 1932. évi november hó 30-ik napjának déli 12 órájáig Veszprém vármegye alispáni hiva-
talának iktatójába kell benyújtani. A később érkezőket nem veszem figyelembe.

A pályázati kérvényhez mellékelni kell: 1. születési anya-
könyvi kivonat, 2. erkölcsi bizonyítványt, amely a forra-
dalom és ú. n. kommun ideje alatti magatartást is igazolja, 3. a pályázó magyar állampolgárságát és családi állapotát, 4. az 1876. évi XIV. t.-c. és az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt képesítést, 5. eddigi alkalmazását igazoló okmányokat és 6. rövid élet leírását (curriculum vitae).

Olyan pályázók, akik már közhivatali alkalmazásban állnak, hivatali főnökük, illetve a katonai szolgálatban ál-
lók előjáró parancsnokságuk, a közszolgálatban nem állók pedig állandó lakhelyü törvényhatóságának első tisztviselője útján kötelesek pályázati kérvényüket a fenti határidőre hozzám eljuttatni.

Az alorvosi állás javadalmazása: az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő kezdő fizetés, a kórházban természetbeni lakás, I. osztályú ételmeés, fűtés, világítás, a élelmezésért azonban a beszerzési ár 50 (ötven) százalékaának megfelelő térítést tartoznak fizetni. A kórház-
fenntartó város fenntartja magának a jogot, hogy mindaz-
ideig, míg a kórházban megfelelő lakást az alorvos részére nyújtani nem tud, a természetbeni lakás helyett az állami tisztviselőre érvényes szabályok szerint megállapított lakás-
pénzt adja. Az alorvos alkalmazása két évre szól, de ez az idő a kinevező hatóság által meghosszabbítható. Nyugdíjjogo-
sultsága nincs. Csak nőiének pályáhatnak.

Az állást a város (kórház) kívánságára azonnal, leg-
később a kinevezést követő hónap elsején kell elfoglalni.

Veszprém, 1932. évi október hó 31-én.

Szám: 21343—1932.

Dr. Horváth
alispán.

Lapunk mai számához dr. Egger Leó és Egger I. ve-
gyészeti gyár, Budapest, *Toldin, Tophin és Hexurol*-ról szóló prospektusát mellékeljük.

ORVOSI MŰSZEREK,

KÓRHÁZI ÉS LABORATÓRIUMI ESZKÖZÖK GYÁRA
Letelevező orvosoknak jutányos áron szállít
WESZELY ISTVÁN és TÁRSA utóda
NAGY KÁROLY FRIGYES, BUDAPEST, IV., APPONYI-TÉR 1.

Erősebben baktericid, nem hamisítható, gyártásban ellenőrzött, nem **LYSOFORM** műszernek nem mérgező, bőrnekeztetésre alkalmas, ezért ide-
ális antisepticum, az új szabadalom szerint készül.
Szab. szám 93189.



frappáns gyógyhatású, antagonistikusan ható, magyar, folyékony

tejsavbaktérium - terapeutiai készítmények

baktériumos kórfolyamatok helyi kezelésére.

INDICATIÓK:

Sebészet: septicus, genyes sebek, abscessusok, furunculusok, sipolyok, empyema, peritonitis purul. stb.

Belgyógyászat: Bélinfekciók, intoxicációk, colitis stb.

Fül- orrtherápia: otitis, rhinitis, ozaena, stb.

Nőgyógyászat: fluorok, vulvovaginitis, pyometra stb.

Urologia: Cystitis, urethritis, stb.

Dr. Román Jenő „BIOKÉMIA” bakteriológiai laboratoriuma
Budapest, VI., Izabella-utca 73, Telefon: 199—91,

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLÓ

BELÁK SÁNDOR
HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Rohrer László: A rákos daganatok röntgensugaras kezelése. (1029—1031. oldal.)

Adler-Rácz Antal: Az urológiai vizsgálat fontossága a gyermekkori pyuriák kórismézésében. (1031—1033. oldal.)

vitéz Schulz Ágost: Időelőtti nemi érettség előidézésére vonatkozó kísérletek. (1033—1035. oldal.)

Cholnoky László: A paraffin terapiáról és a 70° C paraffinoderm borítás szervezetre gyakorolt hatásáról. (1036—1039. oldal.)

Mészáros Károly és Tóth Zoltán: Glaukomás betegek peripheriás érrendszeréről. (1039—1042. oldal.)

Rósa László: A módosított ezüstnitrátos próba és alkalmazása a máj betegségeiben. (1042—1043. oldal.)

Szarka Vilma: Sárgasággal járó tüdőgyulladások. (1043—1044. oldal.)

Surányi Gyula: Intracutan injectio hatása csecsemők súlygörbéjére. (1045. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (181—184. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Urológia. — Gégészet. — Szemészet. — Fülgyógyászat. (1045—1047. oldal.)

Könyvismertetés: (1047—1048. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1048—1052. oldal.)

Vegyes hírek: (1052. és a borítólapp III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A rákos daganatok röntgensugaras kezelése.*

Irta: Rohrer László dr.

A rosszindulatú daganatok röntgentherápiája a fejlődésnek új korszakába jutott az új, n. elosztott (fractionált) dosisok alkalmazásával. Míg ezelőtt¹⁾ az volt a törekvésünk, hogy a daganatokat lehetőleg egyszerre nyújtott maximális sugáradagokkal tegyük tönkre: a tapasztalás lassanként megtanított arra, hogy ezen eljárás mellett a környező ép szövetek, a daganat ágya is olyan nagy mértékben károsodik, hogy igazi gyógyulás aránylag ritkán jön létre. A szervezet regenerációs erejének kiméltése céljából fokozatosan áttértünk a legkülönbözőbb módokon elosztott sugáradagok alkalmazására. Kitiűnt, hogy ily módon a bőr (és más ép szövetek) az egyszerre megengedhető dosisnak, a HED-nek többszörösével terhelhetők minden károsodás nélkül. Igaz ugyan, hogy az elosztás következtében a sugaraknak a daganatra történő hatása is csökken, a viszony azonban mégis az ép szövetek javára és a daganat hátrányára tolódik el, úgy hogy a therapiás eredmények sokkal kedvezőbbekké válnak. Anélkül, hogy methodikai részletek tárgyalásába bocsátkoznám, csupán néhány eset kapcsán iparkodom válaszolni az új eljárás előnyeire. Magától értetődik, hogy az eredmények egyelőre csak ideiglenesek, ma még legfeljebb „ez idő szerinti tünetmentesség”-ről beszélhetünk s végleges ítéletet az új eljárásról majd csak a 3—5 éves határidők letelte után mondhatunk.

*) A Széchenyi Tud. Társ. támogatásával készült dolgozat.

¹⁾ A kérdés történeti fejlődését és az arra vonatkozó régebbi irodalmat részletesen ismertettem a Magyar Röntgenközlöny 1926. évi 1—6. számában, az újabb irodalmat a f. év júniusában a Magyar Sebésztársaság nagygyűlésén tartott referatumban.

A rákok különböző fajai közül természetesen az aránylag jóindulatú bőrrákok azok, melyekben a sugaras kezelés legkönnyebben alkalmazható sikerrel. Ismeretes, hogy ezeknél a nagy adagok módszerével is jó eredményeket érhetünk el, aminek igazolására két esetet röviden vázolok:

1. H. Á-né 67 éves beteg 1925. július 10-én jelentkezett először a jobb orrszárnyon levő, 20 filléres kiterjedésű felhányt széű fekéllyel, mely 25 év óta állt fenn. Az ép részek letakarása mellett azonnal besugározzuk 150 KV-os, 3 mm Al-mal szűrt közepkemény sugárzásból 6.5 H-nyi dosissal, ami 80% HED-nek felel meg és szeptember 15-én újból 6 H-val. November 10-én teljesen behámosodott fekéllyel látjuk viszont, elővigyázatosságból újból adunk 6 H-t és a következő év júniusában még egyszer. Ugy az említett, mint az időközben a jobb arcfélen és a halántéktájon keletkezett hasonló elváltozások hasonló kezelésre simán gyógyultak, recidiva nem volt észlelhető. 1932. július 18-án, tehát hét évvel az előző kezelés után teljesen tünetmentes, az orrszárnyon levő heget csak kissé fehérebb színe teszi felismerhetővé.

2. K. Gy-né 78 éves, 1929. augusztus 13-án jelentkezik az orr jobb oldalán ülő szilvanagyságú kifeléyesedett daganattal, melyhez a belső szemzúgnál még jó mogyorónyi göb esatlakozik (1. ábra), Augusztus 13-án és 14-én 6—6 H-t, október 10-én még 10 H-t adunk neki. Ugy ezen, mint időközben az arc más helyein keletkezett fekélyek is hasonló kezelésre teljesen begyógyultak. 1931. szeptember 10-én, tehát két év múlva, a 2. ábra szerint tünetmentes.

Az irodalmi adatok, főleg a zürichi Mieschernek²⁾ igen alapos vizsgálatai szerint, már egyszeri besugárzással is teljes gyógyulás érhető el a basalsejtes rákokban az esetek 89%, a spinocellularisokban 75%-ban. Ehhez azonban igen magas 2—2½ HED-nek megfelelő dosisok szükségesek. Magam egyetlen egyszer adtam kísérletként ily magas dosist (18 H=2½ HED-t) egy, a szem alatt ülő, pengőnyi kiterjedésű, patkó alakú fekélyre, amely szépen be is gyógyult. Azonban a besugárzás után már a 2. napon kezdődő reactio különösen a 4—5. napon oly heves volt (skarlatvörös pír, heves égető és

²⁾ Strahlentherapie 1930. 37. 17.

feszülő fájdalmak), hogy egy beteget sem tennék ki még egyszer ily reactio veszélyének. Erre nincs is szükség: 16–18 H-nyi dosis 2–3 napra, sőt esetleg több hétre elosztva is kellő eredménnyel jár, anélkül, hogy a reactio — legalább pengőnyit meg nem haladó nagyságú fekélyekben — az erősebb erythema fokát meghaladná. Minél nagyobb kiterjedésű azonban a bántalom, annál óvatosabbnak kell lennünk és itt van a helye a tulajdonképpeni elosztott dosisos módszerének, azaz 25–30% HED adagolásának 6–10-szer egymás után következő napokon, majd 4–5 hét múlva újból 4–6-szor egymás után $\frac{1}{2}$ mm Zn-nel szűrt kemény sugárzással. Ilyen kezelés után nagy, akár tenyérnyi kiterjedésű fekélyek is szép síma, kozmetikai szempontból is kifogástalan heggel gyógyulnak és — esetleg kisebb pótlásokkal — éveken át tünetmentesek maradnak. Két ilyen esetet ismertettem a „Rákbetegségek“ c. munkában³⁾ megjelent cikkemben. Mindkét beteg az azóta eltelt újabb 1 év után is tünetmentes. Két újabb hasonló eset a következő:

3. B. I. 72 éves férfi folyó évi február 25-én jelentkezik a jobb szem alatt levő kb. ötpengőnyi nagyságú, igen erősen felhányt szélű fekélyvel, amely a próbakimetszés szerint lap-hámráknak bizonyult. $7 \times 30\%$ HED-nyi kemény és ezenkívül 5×2 H-nyi középkevény sugárzás adagolása után a fekély 6 hét alatt teljesen behámosodott. Elővigyázatosságból még $5 \times 30\%$ HED-t kap. Félév óta tünetmentes.



1. ábra.

2. ábra.

4. F. K.-né, 67 éves, 1932. június 30-án jelentkezik műtét utáni recidivával: a jobb halántéktól a bal szemzugig húzódó 8 cm hosszú dudoros alapú fekélyvel (3. ábra), Jobb cornea teljesen homályos, csak gyenge fényérzése van. $9 \times 30\%$ HED-t, majd 6 hét múlva $5 \times 30\%$ HED-t kap. Augusztus végén a fekély síma heggel gyógyult, azonban az alsó szemhéj teljesen elpusztult. (4. ábra).

Míg bőrrákokban 2 hónapra elosztott 3–4 HED-nyi sugáradaggal az eseteknek kb. 80%-ában sikerül primer tünetmentességet elérnünk s ezt az állapotot kisebb pótlásokkal éveken át fenntartanunk, a carcinomák többi fajainál ezek az adagok, mint azt az alábbi példa mutatja, nem elegendők:

5. F. I. 56 éves 1931. április 24-én jelentkezik kifekélyesedett daganattal a balszájzugon, $11 \times 30\%$ HED adagolása után a tumor erősen visszafejlődik, a beteg 4,7 kg súlygyarapodást mutat, de már 5 héttel a kezelés megkezdése után a daganat ismét növekedni kezd, az azonnal megkezdett sugárzások eredménytelenek, a daganat tovább nő és egyúttal szét is esik; 1931. november 25-én a halál bekövetkezik;

Néhány hasonló tapasztalat alapján kénytelenek voltunk a sugáradagokat még tovább fokozni. Ez a fokozás

a bőr károsodásának állandó veszedelem miatt csak igen lassan történhetett. Szerencsére ez irányban végzett vizsgálataink⁴⁾ az irodalomban fellelhető más tapasztalatokkal egybehangzóan azt mutatták, hogy — különösen még keményebb 1 mm rézzel szűrt és 1.3 mm réz felező rétegnek megfelelő sugárzás alkalmazása, valamint a napi 30%-

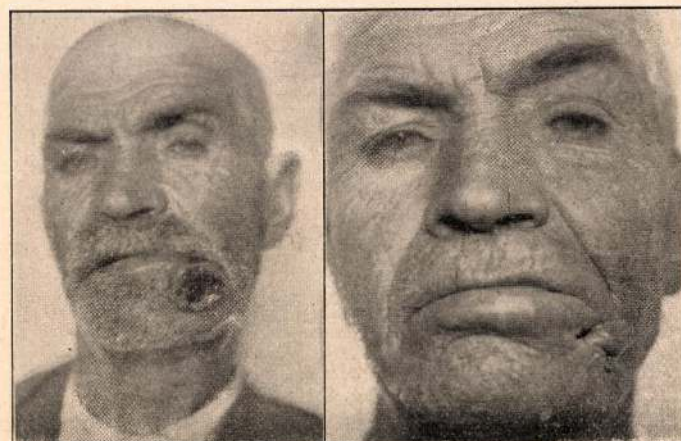


3. ábra.

4. ábra.

nak további $2 \times 15\%$ -ra elaprózása mellett — 4–5 hét alatt 6–8 HED is adagolható anélkül, hogy a bőrön felületes nedvező hámlásnál (epidermitis exsudativa), a nyálkahártyákon kölesnyi-lencsenyi fehér lepedékekkel erősebb reactio jönne létre. Ily módon kezelt száj- és garatúri eseteink közül említem a következőket:

6. G. J. 52 é., 1932. jan. 26-án a rhinologiai rendelésről a következő lelettel érkezik: a bal Highmore-üregből kiinduló, azt a röntgenfelvétel szerint kitöltő, a bal orrjáratot teljesen lezáró dudoros felszínű, kifekélyesedett daganat. Therapia: Két héten át napjában kétszer $15-20\%$ HED, összesen 450%. Egy hónap múlva a bal orrjáraton át is szabadon lélegzik. Újból $10 \times 20\%$ után csupán babnyi kiemelkedés marad a középső kagyló hátsó végén. Ezt kérésre histologiai vizsgálat céljából kaccsal eltávolítják, sajnálatos félreértés folytán ez azonban mégsem történik meg. Elővigyázatosságból áprilisban még $7 \times 15\%$, júliusban $10 \times 15\%$ -ot, azaz összesen 855% HED-t adunk. A rhinologiai vizsgálat szerint júliusban az orrgaratúrben semminemű kóros elváltozás nem látható.



5. ábra.

6. ábra.

7. H. J.-né, 58 é., 1932. jan. 14-én: jobb tonsillája diónyira duzzadt, rajta mandulányi fekély. Próbakimetszés: carcinoma epitheliale. A nyak jobb oldalán gyermekökönyi, balról 2 dió-

³⁾ Budapest 1932. Bíró Miklós Rt. kiadása.

⁴⁾ L. Niemczik és Kerekes, Magy. Röntgen Közlöny.

nyi mirigycsomó. Therapia: napjában kétszer, jobb és baloldaltól felváltva $30 \times 15\% = 450\%$ HED. Jan. 30.-i lelet szerint „a tonsillán kis hegen kívül semmi, az óriási mirigycsomóból alig van valami”. Márc. 14.-től kezdve újból $10 \times 15\%$, összesen 600% HED. Localisan 8 hónapja tünetmentes, azonban július óta hasi és medencebeli áttételek mutatkoznak, melyek besugárzásra egyelőre még jól reagálnak, de a test-súly fokozatos csökkenése folytán gyógyulásra kilátás nincs.

8. M. M. 72. é. 1930 szept. 24.-én: az alsó ajkon mandula nagyságú, barna pörkkel fedett daganat, alatta a gingivára áthajló redőben pengőnyi, szürkés lepedékkel fedett, a csonttal összekapcsolódó lapos duzzanat. Először $10 \times 30\%$, majd október és november hónapokban még 170% HED-t kap. Decemberben a fekély begyógyult, az áthajlási redőben 20 filléres nagyságú leukoplakiás folt, duzzanat nélkül. 1931. januárjában még 120% , áprilisában 60% azaz összesen 650% HED. 1931 december 28.-i levél szerint teljesen jól van.

9. B. J. 63., 1932. júl. 15.-én: az 5. ábra szerint a bal szájzug alatt ötpengősnyi kiterjedésű felhánt szélű fekély látható, mely újjnyi széles nyíláson át közlekedik a szájüreggel. Belül a pofa nyálkahártyája újjnyi vastagságra megduzzadt, a duzzanat közepén a szemfogtól az utolsó molarisig sárgás lepedékkel fedett mély árok húzódik. Néhány babnyi kisdiónyi mirigy az áll alatt. 385% HED. adagolása után az oedemán duzzadt alsó ajkon lencsényi sárgás-fehér foltok jelennek meg, a kezelést egy hétig szüneteltetjük, azután másodnaponként 15% -os adagokkal szeptember 24.-ig még 345% , összesen: 730% . Ekkor 6. ábra szerint a fekély úgy kívül, mint belül behámosodott, csupán a tollszárvastagságú nyílás vezet a buccán keresztül, melyet a nyálcsurgás miatt tamponálni kell, amíg annak műtéti elzárása lehetségesé válik.

Végül két lymphosarkomás eset:

10. E. M. 42. é. 1931 március 12.-én bal tonsillája kis almányra duzzadt, megnagyobbodott submandibularis mirigyek, 350% HED adagolása után pharynx erősen belövelt, a kezelést egyelőre beszüntetjük. A tonsillán ekkor már csak babnyi kiemelkedés látható. Május elején tünetmentes, ekkor és f. év. februárjában is elővigyázatosságból még $6 \times 30\%$, összesen 700% HED-t kap. $1\frac{1}{2}$ év óta tünetmentes.

11. H. G. 62 é., 1931. december 15. bal tonsillája tojásnyira duzzadt, rajta pengőnyi mély fekély, melyben az uvula egészen eltűnik. A nyak baloldalán férfiökölnyi dudoros mirigycsomó, jobbról is egész a kulcsontig mogoró. nyal diónyi mirigyek tapinthatók. Therapia: jobbról és balról felváltva, összesen 360% HED. 6 hét múlva a tonsilla tünetmentes. Elővigyázatosságból áprilisig még többször besugározzuk, összesen 610% -ig. Május 17.-én áttételekkel jelentkeznek: a jobb váll gyermekfejnyire duzzadt, hónalji mirigyek erősen megnagyobbodtak. Ezek az elváltozások $13 \times 30\%$ HED-re még szépen visszafejlődnek, júniusban azonban hasi áttételek keletkeznek, a beteg folyton gyengül és augusztus végén meghal. Tonsillái és nyaka végig tünetmentesek maradtak.

A fentebbi példák mutatják, hogy 6–8 HED-nyi, megfelelően elosztott és igen kemény sugáradagokkal szájüri rosszindulatú daganatokban is sikerült legalább primaer tünetmentességet elérnünk. Methodikánk még nem forrott ki teljesen, mert a rendelkezésünkre álló carcinomás anyag, sajnos, igen csekély s ennek nagyrésze is elvesz, a betegeknek általánosan ismert közömbössége és hanyagsága folytán. Ennek ellenére is úgy hiszem, hogy jó úton vagyunk s az elosztott dosisok módszerét a röntgentherapia jelentős haladásának kell tekintenünk, amelytől még szép eredményeket várhatunk.

Az Erzsébet Tud.-Egyetem sebészeti klinikájának (igazgató: Neuber Ernő ny. r. tanár.) és gyermekgyógyászati klinikájának (igazgató: Heim Pál ny. r. tanár) közleménye.

Az urológiai vizsgálat fontossága a gyermekkori pyuriák kórismézésében.

Irta: Adler-Rácz Antal dr. egyetemi magántanár.

A vizeletben talált geny származásának eldöntése egyaránt fontos úgy a felnőtt, mint a gyermek és csecsemőkorban. Sokszor a kísérő tünetek már útbaigazítást adnak a kórfolyamat localisatióját illetően; teljes bizton-

sággal azonban csak a rendszeres urológiai vizsgálat nyújthat felvilágosítást. Felnőtt betegnél a kórelőzmény és subjectiv panaszok adatai sokban segítségére vannak a vizsgálónak, ezzel szemben azonban a lezajlott és gyakran rejtve maradt fertőzések és a megtámadott szerveknek az élet folyamán kiállott bántalmak rendkívül bonyolulttá teszik a kórfolyamatot. Csecsemőkori és gyermekkori megbetegedésekben többnyire elesnek ezek a körülmények, s a folyamatok inkább egyszerűsödnek, a kórisme biztosítására szolgáló támpontok viszont csökkennek. Amennyire szükséges tehát felnőttetknél a kórismét szolgáló összes módszerek igénybevétele, amnyira nem szabad megelégedni a csecsemők és gyermekek genyvizelésének kezelésében a sematizálással. Minden oly esetben tehát, ahol a klinikai tünetek alapján felvett megbetegedés a szokott gyógyszeres és étrendi kezelésre javulási hajlandóságot nem mutat, haladéktalanul rendszeres vizsgálatot kell a kórismét revidálni, hogy az így felfedezett localisatio szerint az okszerű kezelést megkezdhesük.

A kérdés fontosságát és időszzerűségét bizonyítják az újabb irodalom mind gyakoribb közleményei, melyek a csecsemőkori és gyermekkori pyuriával foglalkoznak. Főleg casuisticus közlemények ezek, melyek rámutatnak arra, hogy a húgyútak anatómiai elváltozásával kapcsolatos fertőzések kórismézése és helyes kezelése csupán a pontos urológiai vizsgálatot vihető keresztül. A pécsi egyetemi Gyermekklinika beteganyagán a lefolyt $2\frac{1}{2}$ év alatt alkalmam volt a pyuriák legkülönbözőbb formáit észlelhetni. Az a szoros együttműködés, mely lehetővé tette, hogy minden olyan esetben, midőn a genyvizelés oka a klinikai tünetekből pontosan megállapítható nem volt, vagy midőn a szokott kezelési mód eredményre nem vezetett, az urológiai vizsgálatokat szükségyszerűen elvégezhettem, sok esetben vezetett a kellő eredményre. Nem célo, hogy az észlelt anyagról kimerítő beszámolót tartsak, csak két érdekes esetről akarok ezúttal megemlékezni, amelyeknek tanulságai eléggé bizonyító erővel hatnak.

Eseteink ismertetését a következőkben adom:

I. R. A. 5 hónapos, fiúgyermek, vizelete a felvételt megelőző napon hirtelen elakadt. A kezelőorvos, miután katheter bevezetése nem sikerült, hólyagkö gyanújával a klinikára küldte. Az elődomborodó telt hólyag a symphysis felett tapintható, vékony gummikatherrel sikerül a húgycsőön át a hólyagba jutni, melyből lúgos vegyhatású fehérje és genytartalmu vizelet ürül. A bakteriológiai vizsgálat vegyes bakteriumflorát mutat. A katherezés után a vizelet megindul, a csecsemő azonban lázas, miértis naponként hólyagmosásban részesül. Kezelés közben feltűnik, hogy a kiürülő vizelet eleinte csak homályos, az utolsó portio azonban nagy mennyiségben tartalmaz sűrű, bűzös genyet. A csecsemő továbbra is lázas, fehérvérsejtszáma emelkedett (11.400), súlyában megáll, majd rohamos súlycsökkenés indul meg.

Ilyen állapotban látom először. Nyilvánvalónak látszott, hogy a sűrű geny valamely nem tökéletesen nyitott gócból származik és ennek feltalálása fogja a helyes beavatkozás útját egyengetni. A vizsgálat alkalmával akadálytalanul jutunk a hólyagba, a hólyagból nyert vizelet kissé genyes ugyan, de nem oly fokban, hogy a kiindulásul szolgáló folyamatot a hólyagban vagy vesékben lehetne feltételezni. Megerősíti ezt a hólyagtáj Röntgenvizsgálata is. Az egyszerű felvétel kőárnyékot nem mutat, a 8% -os jódkáliummal végzett töltés normalis, a csecsemőkorra jellemző hosszúság alakú, ép körvonalú hólyagot mutat. Feltűnő csupán a hólyag jobb felé eltolódása. A kathetert kihúzáva a húgycsőön át a vizeletől függetlenül pár cm^3 sűrű bűzös geny ürül. A végbélben határozott elődomborodás nem érezhető, de a hólyagtájra gyakorolt nyomásra a geny ürülése fokozódik. Nyilvánvalóvá vált tehát, hogy a genyedés kiinduláspontja az alsó húgy-

úttal áll összefüggésben. Egyelőre, miután feltehető volt, hogy a húgycsőbe ömlő geny a hólyagba is regurgitál, a felszálló vesefertőzés elkerülésére további hólyagmosásokat, a geny eltávolítására pedig a végbélen át végzett nyhe hólyagtáji massageokat alkalmazunk.

A septicus állapot azonban és az avval járó súlycsökkenés 2 hetes kezelés után sem változik, a fehérvérsejtszám 25.400-ra emelkedik jeléül annak, hogy a geny kiürülése nem elégséges. Szükségessé vált tehát a genygóc pontos localisatiója és ennek műtéti megoldása.

Az újabb vizsgálatkor a katheter a húgycső hátsó részében elakad, visszahúzáskor azonban újabb próbálkozással a hólyagba bevezethető. A hólyagtartalmat kibocsátva a végbélbe vezetett újj ellenőrzése mellett, a gát felől a hólyag és végbél között próbapunctiót végzünk, melynek eredményeként 6 cm mélységben üregbe jutunk, melyből 30 cm³ bűzös geny aspirálható. A geny kibocsátása után az üregbe Röntgen-kontrasztanyagot fecskendünk be és a kathetert a hólyagból kihúzáva, Röntgenfelvételt készítünk. A felvételen a hólyag vetületének megfelelő helyen lefelé a húgycső felé, tölcészerűen elvékonyodó, felfelé félhold alakú, inkább jobb oldalra terjedő, lefelé éles, felfelé szabálytalan széllel végződő diónyi üreg kitöltött képét látjuk. A töltődés folytatásaként lefelé a húgycső is töltődik, jeléül a communicationnak. Az egyszerű hólyagtöltéses képet a 2. felvétellel összehasonlítva feltűnik, hogy mindkettőn a húgycső pars membranaceájának megfelelően kis, kerek, erősebb árnyékot adó terület van. Ez a pont tehát mindkettőben a genyedő üreg húgycső nyílásának felel meg, melyet merőlegesen találva, az abba bejutott kontrasztanyag mélyebb rétegzettsége adja az intenzívebb árnyékot. Tehát a kontrasztanyag a hólyag töltésekor is, mikor az üreg kimutatására katheter nélkül a húgycsővön át fecskendeztük be a folyadékot, bejutott az üreg kivezető nyílásába, a magasabban fekvő üreget azonban, melynek kivezető csöve a geny teljes kiürülésére sem volt elégséges, el nem érte. Mindenestre a genygóc feljebb és jobbra tolta a hólyagot és így magyarázható a betegség kezdetén jelentkezett teljes vizeletrekedés.

A geny zavartalan kiürülésének biztosítására az üreget a vizsgálat után pararectalis metszésből megnyitottuk, az üregbe drainsövet és a hólyagba a húgycsővön át állandó kathetert rögzítünk. Műtét utáni nap a csecsemő még lázas, utána, azonban gyorsan láztalan lesz, amivel kapcsolatosan a súlygyarapodás is megindul. A drainsövet, mely pár napon át kevés, zavaros vizelettel kevert folyadékot vezetett le, 8 nap múlva távolítjuk el. A kathetert is eltávolítva, a spontán vizelés megindul. Három hétre a műtét után a seb teljesen begyógyult, geny a húgycső felé nyomásra nem ürül, vizelet teljesen feltisztul és csecsemő teljesen láztalan lefolyás után súlyában gyarapodva, gyógyultan hagyja el a klinikát.

Az elmondottakat összegezve, az 5 hónapos csecsemőben a hátsó húgycsővel összefüggő és a hólyag mögé terjedő, nyilván veleszületett fejlődési rendellenességen alapuló üreg tartalma fertőződött, a genyedés az üreget hirtelen megduzzasztotta, aminek következtében a húgycső összenyomatott és a vizeletürítés elrekedt. A pangó geny, mely részben a húgycső felé ürülve pyuriában nyilvánult, septicus állapotot idézett elő. Radikális megoldás csupán a vázolt vizsgálatok segítségével volt keresztülvihető. A veleszületett rendellenesség pontos hovátartozandóságát a szokatlan kisméretű anatómiai viszonyok miatt nem sikerült tisztázni. Az irodalom adatai és a klinikai tünetek szerint az elváltozás vagy az utriculus prostaticus elzáródásán alapuló retentiós cystának, vagy a fejlődés folyamán lefűződött Müller, vagy Wolff-féle járatok fertőzött cystás táglulásának felel meg.

II. B. E. 3 éves leánygyermeken $\frac{1}{2}$ éve veszik észre, hogy vizelete zavaros, a vizelettel kapcsolatosan azonban panaszai nincsenek. Eddig kezelésben nem részesült. Feltűnik a nagymennyiségű geny, mely a vizeletet teljesen átlátszatlaná teszi, állás közben azonban leülepedik. A szokatlan nagyfokú pyuria minden súlyosabb panasz nélkül valamely anatómiai rendellenesség gyanúját kelti, ami az urológiai vizsgálat elvégzését teszi szükségessé.

A vesetáj nem érzékeny. Vizelet sűrű, zavaros, genyes és a hólyag kimosása közben újból és újból megzavarosodik a mosófolyadék. A hólyag befogadóképessége normalis. A hólyagtükrökkel ép nyálkahártyát, bal oldalt az ureterleceen egymás mögött két ép ureterszájadékot, jobb oldalt a rendes helyen egy szájadékot látunk. Ezenkívül a hólyag záróizomhoz közel a középvonaltól kissé jobb felé borsónyi, ép nyálkahártyával fedett elődomborodás látható, melyből ureterkatheterrel megérintéskor sűrű geny ürül. Intravenásan beadott indigocarmin mindkét baloldali és a normalis jobboldali szájadékból rendes időben és intenzitásban jelenik meg, a jobb oldali kóros elődomborodásból indigo eltörése nem figyelhető meg.

A lelet alapján kétoldali ureterkettőzöttségre gondolunk. Az ureternyílások közül az egyik jobb oldali dystopiás, a sphincterhez közel esik, azonkívül ezen a szájadékon az intramuralis rész rendellenes lefutásán és a szájadék veleszületett szűkületén alapuló cystás táglulás van. Ez az elváltozás azután pangást idéz elő az ureterben, a pangó vizelet endogen úton fertőződött és így lépett fel a súlyos pyuria.

A viszonyok további tisztázására intravenás pyelographiát végzünk. Miután azonban a gyermek erre alkalmas felületes vénát nem találunk, venesectiont adunk be a kontrasztanyagot. Ennek következtében azután a felvétel késlekedett és így határozott választ a vizsgálati eljárás nem adhatott. A felvételen jól csak a hólyag töltődött és ebben a borsónyi cystás képletnek megfelelően árnyékritkulás látható. A veseüregek töltődése bizonytalan, csupán az állapítható meg, hogy jobb oldalt a kismedencében a hólyaghoz két normalis tágasságú ureter vezet egymással párhuzamosan.

A vizsgálatok eredményeit egybevetve a következő műtéti tervre határoztuk el magunkat: először a hólyagot nyitjuk meg és a cystás táglulást műtéti megoldását végezzük el. Amennyiben a megfelelő veserész a lefolyás biztosítása után is fertőzöttnek bizonyul, a következő szakaszban előzetes vesefunkciós vizsgálat után a vesét tárjuk fel és a beteg részt a lehetőség szerint resectióval távolítjuk el.

A hólyagműtétet narcosisban végeztük el. A magas hólyagmetszéssel feltárt hólyagban a sphincter mellett a középvonaltól kissé jobbra mogorónyi, ép nyálkahártyával fedett elődomborodás tűnik elő, melyet megérintve, belőle sugárban ürül sűrű genyes folyadék, azonban a nyílást, melyen át a folyadék ürül, meglátni nem sikerült. A cystát legnagyobb domborulatán ejtett 1 cm-es metszéssel megnyitjuk, amikor is a geny kiürülése után láthatóvá válik a mogorónyi, síma nyálkahártyával bélelt üreg, melyből azonban felfelé a vese felé eszközt bevezetni nem sikerül. Ezután a cysta falát a bemetszéssel párhuzamosan ollócsapásokkal két oldalt nagyrészt kimetsszük, az ebből eredő vérzést átöltő varratokkal, melyek egyúttal a nyílás tágasságát is biztosítani fogják, csillapítjuk, a fonalakat a húgycsővön át kivezetjük, a hólyagba vékony Nelaton-kathetert helyezünk, a húgycsővön át és a hólyagot és sebet rétegesen zárjuk.

Műtét után a vizelet pár napig véres és még nagy tömegben tartalmaz genyes cafatokat. A seb 7 nap alatt gyógyult, addig már a vizelet is sokat tisztult. 16 nap múlva már csak mikroszkopos pyuria van, amiért is további megfigyelésre házi kezelésbe adjuk. 5 hónappal elbocsátása után kapott értesítés szerint a vizelet hosszabb idő óta teljesen genymentes, a gyermek panaszmentes, jól fejlődik.

Látjuk tehát, hogy a pyurgia oka itt is fejlődési rendellenességen alapult. Az elváltozás a felnőttéken is elég gyakran észlelt ureterkettőzöttséggel állott kapcsolatban, melyhez az egyik szájadék rendellenes helyzete és beszájadzási módja is társult. A vizsgálattal az anatómiai viszonyokat teljes biztonsággal tudtuk tisztázni, csupán a műtéli megoldásban térünk el az előzetesen elhatározott tervtől. A cystás tágulás műtéli megoldása feltétlen szükséges volt, mert csak ezúton remélhető, hogy a hozzátartozó veserész fertőzése megszűnjön és működését visszanyerje. A megoldási mód annyiban különbözött a felnőtteknél szokottól, hogy nem mint azoknál endovesicalisan, hanem véres úton végeztük. Az eset további lefolyása azután várakozáson felül kedvező volt, mert teljes geny és panaszmentesség minden további beavatkozást feleslegessé tett. Nem tagadható, hogy felette érdekes lett volna ellenőrző vizsgálattal meggyőződni a rendellenes ureterhez tartozó veserész működéséről, azonban erre klinikától távol lakó és a gyógyítás sikerével teljesen megelégedett szülőket rávenni nem sikerült.

Az elmondott két példával igyekeztem szemléltetni az urológiai vizsgálatok fontosságát a pyuriák kórismézésében. A vizsgálatok elvégzése a szokatlan anatómiai viszonyok miatt bizony néha sok fáradságot és nagy körültekintést igényel, azonban az urológiai instrumentarium újabb vívmánya: a tökéletesített kis kaliberű vizsgáló és uretercystoskop segítségével kellő gyakorlat mellett a kívánt eredmény mégis elérhető.

A Pázmány Péter Tud-Egyetem I. női klinikájának közleménye (igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár).

Időelőtti nemi érettség előidézésére vonatkozó kísérletek.*

Irta: vitéz Schulcz Agost dr. tanársegéd.

A petefészekműködés motorja (Zondek), illetőleg regulatora (Biedl¹) a hypophysis. Zondek és Aschheim Smith és Engle, valamint Evans és Long nagyjelentőségű felfedezéseiből tudjuk, hogy a petefészek működéséhez nélkülözhetetlenül szükségesek a hypophysis mellső lebenyének hormonjai. Ennek bizonyítására két mód nyílik. 1. Ha juvenilis állat hypophysisét eltávolítjuk, nemi érettség, petefészekműködés egyáltalában nem következik be. 2. Ha fiatal állatba hypophysist ültetünk, vagy mellsőlebeny-hormont fecskendezünk be: az infantilis petefészekben korai peteérés (a mellsőlebeny „A” hormonjától) és sárgatest-képződés (a „B” hormontól) következik be. A nemileg éretlen kísérleti állatok petefészekén észlelhető hypophysis-mellsőlebeny-reactiót (Zondek-Aschheim-reactio: Z. A. R.*) több kutató, így Fraenkel⁴) is csak látszólagos nemi érettségnek tartja. Ehrhardt²) is csak úgy hajlandó a fiatal petefészek hypophysis-kiváltotta elváltozását időelőtti nemi érettségnek elismerni, hogyha ezután terhesség is bekövetkezik, vagy ha az állat szabályszerű nemi működése tovább a rendszeren folytatódik. Hogy a Zondek-Aschheim reactio valódi tüsző- és sárgatest érészel egyenértékű,

azt Zondek³) a frankfurti nőorvos-kongresszuson (1931) elmondott zárszavában azzal tudta igazolni, hogy hormonjával időelőtti ivaréretté tett fiatal állatnál terhességet, sőt egy esetben szülést is észlelt.

Kétségtelen, hogy az ovariumnak működése fölé rendelt hormon felfedezésének sok egyéb szemponton kívül az a nagy jelentősége is van, hogy az elkésett nemi érés (infantilismus) gyógyításában a klinikusok fontos szerepet fognak számára biztosítani. Hiszen Zondek¹⁰) szavai szerint a hypophysis mellsőlebeny-hormonja megindítja a petefészek működést („Bringt die Ovarialfunction in Gang”) és nemi koraérést „sexuelle Frühreife”-t vált ki; mint Trendelenburg⁸) is említi, „pubertas praecox”-ot idéz elő.

A klinikai kísérletek a hypophysis-hormon ez irányban felhasználását illetőleg már megindultak. Nem látszik ezért feleslegesnek, az ezekhez fűzött várakozások felcsigázása előtt állatkísérletekkel azt is ellenőrizni, mennyire végleges az a nemi érettség, amely a hypophysis mellsőlebeny-hormontól a kísérleti állaton bekövetkezik? Lehet-e egyáltalában a közelmúltban megismert hormonok segítségével a fiatal állatokban időelőtti bekövetkező és szabályszerűen tovább folytatandó nemi működést kiváltani?

Zondek és követőinek munkáiból kitűnik, hogy egy ízben adagolt mellsőlebeny-hormontól („prolan”-tól*) az eddig éretlen petefészekben tüszőérést (prolan A-hatás), sárgatest-képződést (prolan B-hatás) és esetleg vérpontképződést találunk. Ezt az állatok leölése útján állapították meg. Ezt megelőzőleg azonban az állatok hüvelyváladékában az ivarzást (Brunst, Oestrus) jelző rögzösödést (Schollen-stadium) találjuk. Ennek előidézéséért a prolan A-hatására kifejlődött folliculusban termelődő tüszőhormon (folliculin*) felelős. Amikor a kísérleti állatoknak állandóan adagolnak kis adag mellsőlebeny-hormont, a hüvelyváladék tartós ivarzást (Dauerbrunst) mutat. Ezt az állandó prolan A-inger hatására állandóan erő folliculusok hormonja váltja ki. Amerikai kísérletezők, Long és Evans³) nagy adag mellsőlebeny-hormon állandó adagolásával — érett állatokon is — az ivarzás megszűnését, állandó Dioestrust értek el. Ma már tudjuk, hogy ennek oka a sárgatest-képződést kiváltó prolan B-hatásnak a prolan A-val szemben olyfokú dominálása, mely a további tüszőérést lehetetlenné teszi.

Nézzük, hogyan alakul azoknak a juvenilis állatoknak további nemi működése, amelyek mérsékelt mennyiségű hypophysis mellsőlebeny-hormont kaptak?**) Ennek eldöntéséhez arra volt szükségünk, hogy a juvenilis petefészekben különböző módon kiváltott mellsőlebeny-hormon-reactiót, a Z. A. R.-t úgy állapítsuk meg, hogy a petefészeket erre vonatkozólag megvizsgáljuk, az állatokat azonban petefészekük visszahagyásával életben hagyjuk.

Kísérleteink első sorozatában terhes vizelettel idéztünk elő Z. A. R.-t. A szabályszerűen elvégzett vizeletbefecskendezések (48 órán belül 6-szor 0.3 cm³) után 100 óra elteltével nem öltük le az egereket, hanem a castratióknál szokásos hátseben keresztiül kiemeltük a petefészeket, hogy rajtuk a Z. A. R. jelenlétét megállapíthassuk. A petefészeknek visszahelyezése és az ejtett seb összevarrása után a narkotizált állatok — a legcse-

* A budapesti kir. magyar Orvosegyesület gynaekológiai szakosztályában 1932. XI. 10.-én tartott előadás.

*) Zondek-Aschheim reakciónak a köztudatban általában juvenilis egér petefészekének terhes vizelettől szenvedett elváltozását nevezik. Mivel azonban ez az elváltozás nem más, mint a hypophysis mellsőlebeny-hormonjának az egér ovariumára gyakorolt, éppen Zondek és Aschheim által classikusan leírt hatása, méltán nevezhetjük a juvenilis petefészeknek hypophysis mellsőlebeny-hormontól kiváltott sajátos elváltozását Zondek-Aschheim reakciónak.

*) Prolan és Folliculin alatt természetesen nem az ilyen nevű bejegyzett gyári készítményeket értem, hanem a hypophysis mellsőlebeny-hormonnak, illetőleg a petefészek tüszőhormonjának rövidebb megnevezésére használok ezeket a találó neveket.

**) Zondek, könyvének 149—154. oldalán a prolan-nak a petefészekre hatását a későbbi nemi működésre való tekintet nélkül írja le.

kélyebb kivétellel — életben maradtak. Naponta történő hüvelyváladék-vizsgálattal ellenőriztem, mikor és hogyan jelentkezik a fejlődő állatok nemi ciklusa? Az állatok fejlődését a testsúlyuk mérésével is ellenőriztük.*)

Ahhoz, hogy a Z. A. R.-nak a fiatal állat nemi kifejlődésére történő hatását megítélhesük, az illető állatok adatait normalis controll-egerek nemi működésének képével kell összehasonlítani. Ezt a következő sematikus ábrázolással kísérelném meg illusztrálni.

latiót jelző hüvelyi elváltozás: az ivarzási állapot. Ezután 7—11 napos ciklusok következnek. Egy hüvelyi ciklus: a peteérést jelző, magnélküli, elszarusodó laphámsejt-tömegek megjelenéséből álló ú. n. Schollen-stadiumtól a következő ilyen ivarzási állapot megjelenéséig tart. Ezt a Schollen-stadiumot, magyarul rögzösödést, vagy pikkeljesedést jelezzük feljegyzéseinkben + jellel.

A Z. A. R.-hoz előírt terhes-vizelet befecskendezése után, amikor az állatokon 100 óra múlva pozitív reakciót

1. táblázat.

Normalis egér télen észlelt*** nemi cyclusa.

Nap.	1	2—20	21	22—62	63	64—85	6	7	8	9	90	1	2	3	4	5	6	7	8	9	100	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Re.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	p	+	m	—	—	—	p	+	+	+	m	—	—	—	—	—	—	—	p	+	+	m
Súly gr.	6		10		15		16																								

Reakciók { — = dioestrus
p = prooestrus
+ = oestrus (Schollen-stadium.) ivarzás.
m = metoestrus

2. táblázat.

Z. A. R. teljes terhes vizelettel.

Nap	1	2	3	4	5	6	7	8	9—70	1	2	3	4	5	6	7	8	9	80	1	2	3	4	5	6	7	8	9	90	1	2	3	4	5	6	7	8
Re.	—	—	—	p	p	+	+	m	—	—	p	p	+	+	m	m	—	—	—	—	—	—	p	p	+	m	—	—	—	—	p	+	+	m	m	—	
Inj.	o	o	o																																		
Súly gr.	7													17																							

o = vizelet (0.3 cm³) injectió.

5. nap ovarium megtekintés: 8 közül 7 állatnál corp. lut. (+ Z. A. R.)
1 „ negativ Z. A. R.

3. táblázat.

Z. A. R. aetherrel kirázott, folliculinmentes terhes vizelettel.

Nap.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10—90	1	2	3	4	5	6	7	8	9	100	1	2	3	4	5	6	7	8	9	110	1	2	3	4	5
Re.	—	—	—	⁶ drb. ² drb.	p	+	+	m	—	—	—	p	p	+	+	m	—	—	—	p	+	+	+	m	—	—	—	—	p	+	+	+	m	—	
Inj.	o	o	o																																
Súly gr.	7													17																					

5. nap ovarium megtekintés: mind a 8 állatnál corp. lut., vagyis pozitív Z. A. R.

Ez a nagyszámú egér megfigyelésén alapuló átlag-ábrázolás azt mutatja, hogy a 6 gr. súlyú fiatal egéren állandó negatív phasist, dioestrust jelez a hüvelyváladék, 10 gr-os, 15-gr-os az állat és még mindig nem ivarérett. 16 gr súly elérése után következik azután be az első ovu-

*) A vizsgálatokkal járó, hónapokig tartó napi munkában buzgó segítő társam volt Jenő Andor dr., kinek ezért e helyen is köszönetet mondok.

***) Nagy különbségek észlelhetők a laboratoriumi állatok nemi működésében az évszak, időjárás és a milieu különbözőségétől függően. Lásd az O. H. f. é. 44. számában közölt dolgozatomat.

sikerült előidéznünk, a következőképpen alakult az egér nemi működésének képe.

Az itt felhasznált 8 egerünk közül 7-nél pozitív Z. A. R.-t láttunk a műtéttel feltárt egér-petefészkeken, csak egynél volt negatív lelet. A fenti schematikus ábrázolás mutatja az egerek hüvelyváladékában észlelt átlagos ciklikus változásokat.

Aetherrel kirázott, folliculin-mentessé tett vizelettel is elvégeztük ugyanezt a vizsgálatot.

Azt találtuk, hogy a beállított 8 állaton kivétel nélkül pozitív volt a Z. A. R. A hüvelyváladék azonban csak 6 állaton mutatta az ivarzás jeleit. Két esetben ez nem

fejlődött ki tökéletesen. Zondek is azt írja,*) hogy néha pozitív Z. A. R. mellett nem találjuk a hüvelyváladékban az ivarzási reactiót, mert az infantilis petefészkekben túl-erős luteinizálódás (prolan B-hatás) gátolja a tüszőérést és az ezzel járó hüvelyi reactiót. Ennek ellekezőjét gyakrabban tapasztaltuk folliculinmentessé tett terhes-vizelet befecskendezése után. Némely petefészkekben ugyanis nem volt sárgatest, vagyis pozitív Z. A. R. Az állatok hüvelyváladékában mégis pozitív volt az ivarzási reactio. Az ilyen egér tehát a prolan A-t és B-t egyaránt tartalmazó terhes-vizelettől csak a prolan A-reactiót (tüszőérést) adta, ami az egerek individualis eltéréseinek ismerete mellett érthető. Éppen ezért szükséges a terhességi reactio megbízhatósága érdekében 4—5 egérnek egyszerre történő beállítása.

Mint látjuk, a folliculint tartalmazó, teljes terhes-vizelet befecskendezésének megkezdése után 6 napon belül minden egér hüvelyében megjelent a tüszőérést jelző pozitív reactio (Schollen-stadium). A normalis állattal való összehasonlítás után azt látjuk, hogy a terhes-vizelettel bevitt hypophysis mellsőlebens-hormonon az infantilis egereken minden esetben csupán egyetlen ciklust vált ki. Azután negatív stadiumba (Dioestrusba) kerül az állat és kb. átlag 17 gr súlynál következett be (télien, az egereknek kevésbé megfelelő milieuban) a nemi érettség spontán beállta. Higuchi⁵⁾ hypophysis beültetés után szintén csak egy ivarzást észlelt az infantilis állatokon, amelyek azután, hetekig tovább figyelve, csekély kivétellel ismét csak nemileg éretleneknek bizonyultak. Van olyan nézet is, hogy az egyszeri mellsőlebens-reactio után később nem várható a ciklikus, normalis petefészkek működés beállása, mivel a petefészkek tönkre mentek.

Kísérleteink igazolják, hogy a Z. A. R. kapcsán nem megy tönkre a kísérleti állat petefészke. De nem is válik végleg nemileg éretté. A „motor“ egyszer hat rá, azonban a nemi működés állandósulását szabályozó állandó hormonhatásnak és egyéb tényezőnek hiányában nem vált ki igazi, végleges nemi érést.

Gyárilag előállított hypophysis mellsőlebens készítménnyel is kísérleteztünk, milyen annak a befolyása az egér további nemi működésére? Az átlagos viszonyokat ismertető táblázat mutatja, milyen befolyással volt az egér hüvelyének ciklusos elváltozására az, ha serdülő korban két egység*) prolant kapott (hat injectióban elosztva 48 óra alatt).

4. táblázat.

2 ME prolan ismételt befecskendezve.

Nap.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10-20	1	2	3	4	5	6	7	8	9	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	40	1	2	3	4	5	6	7	8	9	50	1	2	3	4	5	6	7
Re.	—	—	—	p	+	+	m	—	—	—	—	—	—	p	p	+	m	—	—	—	p	+	+	+	+	m	m	m	m	m	+	+	+	m	—	—	+	+	m	—	—	+	+	m	—		
Inj.	o	o	o								o	o	o																																		
Súly gr.	12										16										18																										

o = injectio.

*) Die Hormone, 143. oldal.

*) 1 egéregység (ME. = Mause Einheit) mellsőlebens-hormon a hormonnak az a legkisebb mennyisége, amely 48 órán belül, 6 részben befecskendezve, a kb. 7 gr-os fehér nőtény egérnek petefészkekben 100 óra múlva tüszőérést (prolan A-hatást) s sárgatest-képződést (prolan B-hatást) vált ki.

A hormon-injectio hatására 100 órán belül beállt a pozitív hüvely-reactio. Majd ismét 3 hét negatív phasist észleltünk. Ezt csak újabb két egység prolannal tudtuk megtörni. Ez utóbbinak hatására beállott ivarzás lezajlása után két napra, — az egér 18 gr testsúlya mellett — egy természetellenesen elhúzódó ivarzás (Dauerbrunst) következett. Ezután azonban az állat 19 gr súlyos korától szabályszerűen váltakoztak a nemi periodusok. Egy másik ugyanilyen kísérletben nem következett be a második hormon adag által kiváltott reactio után sem elhúzódó pozitív szakasz, hanem újabb háromhetes negatív phasis, dioestrus után a szokásos testsúlyt elérve, rendszeresen ovulált az egér.

Egy egéregységben nagyobb mellsőlebens-hormon-adag, mint látjuk, kiváltja a momentan nemi érettséget, mely a petefészkekben érő tüsző hormonjának (folliculin) következtében a hüvelyváladék rögzösödésében (Schollen) mutatkozik. Ez az érettség ellenben nem végleges. A végleges nemi fejlettségre jellemző szakaszos ivarzás (cyklus) csak később, a bevitt hormon hatásától függetlenül következik be. Nagyjában akkor, amikor a hormonnal nem kezelt normalis controll-állatokban szokott.

Nézzük, vajon nem képes-e az egéregységnél kisebb, tört adag mellsőlebens-hormonnak huzamosabb bevitele az egereknek időelőtti nemi érettségét kiváltani. A következő kísérleti csoport átlag 10—11 gr-os infantilis egereit napi $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{8}$, $\frac{1}{10}$ és $\frac{1}{20}$ egység prolannal fecskendeztük be. A napi $\frac{1}{4}$ egéregység injectio kezdetétől számított hatodik naptól kezdve pozitív volt, ivarzást mutatott az egerek hüvelyváladéka, mindaddig állandóan így maradt, amíg az injectiókat el nem hagytuk. Ezután ismét dioestrus állott be és csak 15—16 gr testsúly elérése után léptek fel a spontán ciklusok. Ha azonban valamelyik állatnak a dioestrus folyamán néhány napig ismét befecskendezünk napi $\frac{1}{4}$ egéregység prolant, úgy, amíg az injectiókat el nem hagyjuk, addig állandó a hüvelyváladék rögzösödése.

Naponta $\frac{1}{5}$ egéregység hormont befecskendezve később, átlag csak 20—25 napos kezelés után állt be a tüszőérést jelző hüvelyi rögzösödés állapota az állatokban. Ha a hormont ilyen tört adagokban állandóan tovább adagoltuk, úgy állandóan tüszőérést, ivarzást jelző pozitív hüvelyi leletet kaptunk. Ezt az állandó ivarzást egyfolytában 3 hónapig is előidéztük. Közben az egér már 19 gr. súlyú, tehát ivarérett korú lett. Jele ez annak, hogy a

prolán, mely a tüszőérlelő és sárgatest képző (A. és B.) hormonokat vegyesen tartalmazza, ilyen kis adagokban nem tette tönkre a petefészket, nem luteinizálta. Ellenkezőleg: állandó peteérésre, folliculin-képzésre sarkallotta. Zondek napi két egéregység prolán A. tartós adagolásával infantilis állatokon 14 napos „Dauerbrunstot“ idézett elő. (Lásd: könyvének 151. oldalát).

(Folytatjuk.)

A Pázmány Péter Tud.Egyetem bőr és nemikórtani klinikájának közleménye. (igazgató: Nékám Lajos ny. r. tanár.)

A paraffin terapiáról és a 70°C paraffinoderm borítás szervezetre gyakorolt hatásáról.

Irta: Cholnoky László dr. tanársegéd.

1900-ban Sandfort szemtanúja volt annak, hogy egy munkás belezuhan egy tartályba, amelyben 56° C hőmérsékletű olvadt paraffin volt. A munkást kimentve, feltűnt, hogy ezen igen magas hőmérsékletű meleg fürdő dacára nem panaszkodott és nem égett meg. Hogy személyesen meggyőződjék e szokatlan hőmérsékletű fürdő hatásáról, Sandfort maga is megfürdött, bár 56 éves volt és súlyos arteriosclerosisban szenvedett, a fürdés alatt légzési nehézségei és szívdobogásai nem voltak. A paraffin egész testét páncéllként vonta be, kellemesnek találta a fürdözést s midőn lefejtették róla a paraffin masszát, ezalatt nagymennyiségű verejtéket találtak és feltűnt, hogy a bőr nem volt hyperaemiás, hanem enyhe rózsaszínű. Ettől kezdve a paraffint gyógyításra alkalmazta: arthritises, ischiasos és rheumatikus betegeken főleg fürdők és borítások alakjában.

A háborúban egy hadizsákmányból klinikánk nagymennyiségű angol használati utasítással ellátott Ambrint (francia eredetű paraffin keverék) kapott és ezt használtuk is elég jó eredménnyel. Az anyag külföldi volta nem engedte, hogy tovább kísérletezzünk vele, míg 1929-ben és 1930-ban újból bevezettük a paraffintherapiát, különösen lábszár fekélyeknél, égéseknél és nem egyszer már elhanyagolt kifeléyesedésekben feltűnő rövid időn belül gyógyítottunk s a gyógyult sebek kiváltak a szép, majdnem hegmentes gyógyulásukkal. Megkíséreltük a paraffin keverékeket, mint hőtátadó anyagot különböző gyógyszererek fölé alkalmazni, abból a célból, hogy a gyógyszerhatást fokozzuk, ez irányú kísérleteink is sikerre vezettek. A németek csak 1927-ben vették át a paraffintherapiát, legalább is az első idevágó közleményt 1927-ben Tissot adja, 1928-ban Fürstenberg—Hoffstaedt—Wontz klinikai megfigyeléseket közölnek, főleg rheumás betegeken értek el kiváló eredményt. Az égési sebek kezeléséről pedig nálunk Temesváry és Scheitz számolnak be a paraffinkeverékek eredményes használatáról.

A paraffin kémiai tulajdonságai.

A paraffint Bruckner fedezte fel 1820-ban. Később Reichenbach vizsgálta kémiai sajátosságait s minthogy megállapította, hogy azt sem tömény-kénsav, sem tömény-salétromsav nem képes megbontani, parum affinisnek nevezte el. E szavak összevonásából keletkezett a ma is használatos neve.

A paraffin a nyersolajban és a földi viaszban, ozokeritben fordul elő nagyobb mennyiségben, de a különböző kátrányokban is megtaláljuk. Összetétele rendkívül változó. Alkotórészeit a szénhidrogének metán sorozatának szilárd halmazállapotú tagjai képezik; rendszeren a $C_{10}H_{22}$ — $C_{27}H_{54}$ képletet mutató vegyületek.

Gyárilag Young által 1847-ben leírt módszer alapján állítják elő. A kiindulási anyagot a nyersolaj frakcionált desztillálása után visszamaradó rész képezi, amelyből préseléssel és hűtéssel választják ki és az így nyert nyersterméket tömény kénsavval és lúggal, majd chloral tisztítják és fehéritik. (Ugyancsak így készül a vaselin is, amely lényegében nem más, mint puha paraffin.)

Az iparban a gyertya- és gyufagyártásban, papírimpregnálásban és az elektrotechnikában alkalmazzák.

Laboratoriumokban, különösen szövettani készítmények előállításában a tisztított paraffin nyer alkalmazást.

A vegytiszta paraffin szagtalan, íztelen, gyengén sárgás vagy kékes árnyalatú, fehér színű, zsíros tapintatú anyag, rendszerint 0.5, 1, 5 és 10 kg-os táblákban kerül forgalomba. Olvadáspontja összetétele szerint meglehetősen változik. A kőszénből előállított paraffin olvadáspontja 54—60°C, a nyersolajból készültté 42—45°C. 3 féle paraffin van forgalomban. A 36°C alatt olvadó match (gyufaparaffin), az 50° C alatt olvadó puha és az 56 fokon felül olvadó kemény paraffin. Ismeretes azonban 78—80°C között olvadó u. n. rangoon paraffin is.

Forráspontja 300° C felett van. A desztillálásnál összetétele nem változik. Kihűlve megszilárdul és ekkor 10—15% zsugorodást mutat. Fajsúlyja összetételének megfelelően változik. Körülbelül 0.875—0.912 között mozog. Keménysége a faggyúnál nagyobb, de a viasznál kisebb. Struktúrája változó, amorph, viaszszerű vagy kristályos. Vízben oldhatatlan. Alkoholban 100:3. aetherben 1:50, chloroformban 1:40 arányban oldódik. Zsírokkal, olajokkal, gyantával folyékony halmazállapotban bármely arányban elegyíthető és azok a megszilárdulás után sem válnak ki belőle. Kénsavval és salétromsavval hosszas főzés után megbarnul ugyan, de kémiailag nem változik. Kénnel melegítve kénhidrogént fejleszt.

A gyógyszerkönyvben hivatalos „paraffinum solidum” tisztított ozokerit. Fehér viaszszerű kristályos massa, 68—72° C olvadásponttal. „Paraffinum liquidum” ugyancsak nyersolajból készült szintelen, szagtalan, neutralis sűrűn folyó folyadék. Bennünket a „paraffinum durum” érdekel közelebbről. Ennek olvadási pontja 50—57°C közt van. Nem hivatalos, azért gyakran szennyezett. Tisztaságát koncentrált kénsavval vizsgáljuk, amelyet ugyanannyi súlyú paraffinnal vízfürdőn 10 percig főzünk. Ilyenkor megbarnulhat. Ha azonban megfeketedik, akkor más organikus anyagokkal lehet szennyezve. A paraffinnak teljesen indifferens vegyhatásúnak kell lennie. Ezt egyenlő mennyiségben spirittussal melegítjük és lakmusszal vizsgáljuk. A lakmuszt ne veresítse meg. Elégetésnél 0.1 %-nál több száraz anyag ne maradjon vissza. A tiszta paraffinum solidum therapiás célokra nem alkalmas, mert törekeny, a befedett területen kihűléskor megmerevedik, felülete kisebbedik és így a bőrről annyira elemelkedik, hogy közte és a bőr között levő hézagba könnyen idegen anyagok kerülhetnek. Az emberi bőr felszíne nem mozdulatlan, hanem az alatta levő izomzat összehúzódása folytán elmozdulásokat végez. Ilyenkor a paraffinréteg könnyen megtörik és leválhat. A franciák, hogy a paraffinnak ezt a tulajdonságát ellensúlyozzák, olajakat, viaszt és gyantaszerű anyagokat kevertek hozzá és ezen masszát „Ambrin” néven hozták forgalomba. Ennek hátránya rendkívül drágasága és külföldi mivolta, ezért klinikákon, ahol naponta nagy mennyiségű paraffint használunk, az Ambrin alkalmazása nem lett volna gazdaságos. Emiatt mi egy olyan paraffinmasszát állítottunk elő, amely a levegő hőmérsékleténél szilárd halmazállapotot vesz fel, ellenben a test hőmérséklete elegendő arra, hogy a bőrről hajlékony, puha, viaszszerű állapotban könnyen formálható masszában maradjon. A bőrre permetezve, a bőrhöz tapad. A bőr elmozdulását hajlékonyságánál fogva követni tudja és így hermetikus kötésre alkalmas. A masszának olvadási pontja 56° C. Ilyen magyar készítmény a „Paraffinoderm”.

A Praffinoderm sötétbarna színű massa, táblák és gyertyák alakjában van forgalomban, alkalmazzuk rákenéssel azokra a felületekre, ahol ép a hám, hám sérü-

lésekben. Erre a célra teljesen megfelelnek a már általunk ismerttetett permetezők, amelyet a kertészetben használunk, avagy fürdőt készítünk. A paraffinfürdőnél igyekszünk a hőmérsékletet állandóan 60° C-on tartani. (Bővebben lásd O. H. 1931. 13. szám.)

A paraffin phisikai tulajdonságai. Alkalmazása az orvosi gyakorlatban.

A paraffinoderm 80—100 fok C-ig közvetlen érintkezésbe hozható a bőr hámjával, anélkül, hogy fájdalmas, vagy égető érzést váltana ki.

E jelenség magyarázatát a paraffin phisikai tulajdonságai alapján érthetjük meg.

A paraffin rossz hővezető. Hővezetése 0.00014 cal. c/m. sec°, míg a vízé 0.0012 cal. c/m. sec°. Tehát majdnem tízszer gyengébb hővezető, mint a víz és így tízszer lassabban adja át környezetének a benne felraktározott hőmennyiséget.

Ugyanolyan körülmények között mérve azonos mennyiségű homok, iszap, fangó 100 fok C-ról 37° C-ra lehűlési idejét; azt homoknál 72, iszapnál 60, fangónál 90, a paraffinnál pedig 510 percrek találták (Benzur). A több hőátadás e viszonylagos lassúságának oka van: többek közt az áramlás. A melegvíz fürdőnél a környező víz a testnek átadva a benne felraktározott meleget, lehül, a fenékre süllyed, helyét magasabb hőmérsékletű vízréteg tölti be és ezáltal áramlás jön létre. Ez az áramlás minden melegedő, vagy hűlő cseppfolyós halmazállapotú anyagnál tapasztalható, azonban a paraffinnál és olajoknál e folyamat sokkal lassabban történik, mint a hígabb consistenciájú víznél. Midőn a paraffin megmerevedik, a testtel közvetlen érintkező részecskék ahhoz hozzátapadnak és így el sem mozdulhatnak, hogy helyüket átadják a magasabb hőmérsékletű paraffinrészecskének, így csak rajtok keresztül vezetődik át a környező magasabb hőmérsékletű paraffinrészecskék melegmennyisége. Az ily módon átszűrt melegmennyiség sokat veszít intenzitásából és így könnyebben lesz elviselhető.

A paraffin a belé jutó szervezetet réteggel vonja be, ebbe a rétegbe levegő is záródhatik. Részben a megmerevedett paraffinréteg, részben a paraffinburokba szorult levegő azonnal elszigeteli a szervezetet az őt környező magas hőmérsékletű paraffintól, ehhez még hozzájárulhat a melegbehatás folytán fellépő izzadás is, ami egy magában is nagymennyiségű hőt képes elvonni és elraktározni, ez szintén indokolja a paraffinnak igen magas hőfokon elviselését is.

Minthogy a hőátadás a bőrrel érintkezve lassan történik, a hőhatásra a thermoregulatorikus idegek izgalomba jönnek, a spinális és cerebrális izzadságkiváltó centrumok hatására megindul az izzadás és az ezt megelőző erek kitágulása, a vérkeringés gyorsulása; a tágult erekben a normálisnál több vér átvieszi a paraffin által átadott meleget és mivel van elég ideje azt elszállítani és ezáltal hűtőhatását kifejteni, ilyen módon a paraffin hőhatását könnyen kompenzálja.

A paraffin hőkapacitása a vízzel összehasonlítva annak csak egyharmada. Amíg egy kg 80° C hőmérsékletű paraffinban 24 Caloria van, addig ugyanannyi 80° C hőmérsékletű víz 80 Caloriát tartalmaz.

A paraffin abszolút vízmentes. Ez is hozzájárul ahhoz, hogy magasabb hőmérsékleten alkalmazhassuk, mert Sandfort-nak a Daxi iszappal végzett kísérletei azt mutatták, hogy ha az iszappból a vizet elpárologtatta, úgy annak száraz anyagát magasabb hőmérsékleten alkalmazhatta, sőt ha víz helyett az iszap száraz anyagát olajjal, glicerinnel, de még inkább, ha paraffinnal kezelte, ezáltal magasabb hőfokon volt elviselhető.

Nagy előnye a paraffinnak, hogy abszolút légmentes, hermetikus kötést ad és lassú meleg átadásán kívül magas dermedési pontja (56° C) folytán lehűléskor szabaddá válik még az a melegmennyiség is, amely szükséges volt ahhoz, hogy szilárd állapotból cseppfolyós állapotba kerüljön.

Nagy bevonóképesége is alkalmassá teszi arra, hogy borításokat végezzenek vele. (egyrészt a benne lévő tisztátalan anyagokat vonja be, másrészt a bőrön lévőket fixálja és azokat ártalmatlanná teszi). 2 kg paraffinnal egész testborítást végezhetünk. Kihűléskor zsugorodik, térfogatának 10—15%-ával, ezért a paraffinpakolás után nem látunk intenzív bőrvörösödést, mint pl. forró fürdő, iszap, stb. alkalmazása után, a bőr csak halvány rózsaszínű. Ugyanis komprimáló hatást fejt ki a felületes capillárisokra, a vért onnan kiszorítja és a halvány rózsaszíneződést a mélyebb capillárisálózat vértelensége és annak átütése okozza. A paraffin nem tapad a bőrhöz, hanem egy darabban könnyen leválik, ezáltal a hámosodást nem zavarja, a sarjszövet nem nő bele, mint a gaze kötésnél és kötést váltásnál nem szakítjuk le az újonnan keletkezett sarjszövetet. Hátránya nedvezéseknél, hogy a váladékot nem tudja felszívni.

Steril és hermetikusan záró kötést ad, ezért látunk szép gyógyulást hámfosztott, nem fertőzött területeken.

A 70° C. paraffinoderm borítás hatása a szervezetre.

70° C paraffinodermet szórókészülék segítségével a beteg egész törzsére és végtagjaira kb. 2 cm. vastag rétegben permeteztünk és a borítást 30 percig hagytuk.

A vizsgálatokra különböző korú, de belső szervi elváltozást nem mutató egyéneket vettünk, megmérve a beteg testsúlyát, hőmérsékletét, pulzusát, vérnyomását a kvalitatív és kvantitatív vérképet, a haemoglobin számot és a vérsérum refractióját. Összesen 25 egyénen végeztünk vizsgálatot, kik közül a legfiatalabb 13 éves és legidősebb 65 éves volt. Vizsgálatainkat azért nem terjesztettük ki nagyobb anyagra, mert a mérési eredményben hasonló törvényszerűségeket találunk. A vizsgálatokban Vinkler Károly és Spanyol Pál urak segítettek.

A betegek testsúlya: 30 perces paraffinborítás után csökkent. A maximális testsúlyvesztés 1600 gr., a minimális 300 gr. és átlagosan 880 gr. volt a súlycsökkenés.

A betegeken a borításban eltöltött 5-ik percben erős izzadás lépett fel, s az izzadás a 10-ik percben érte el a maximumot. A borítás levétele után a betegek izzadása kb. még egy félórát tartott. Az izzadást általában jól tűrték, különösen az öregebb egyének az izzasztó kúra után felfrissültek. A verejték a paraffinoderm borításban maradt, s nem egyszer 1 liternyi verejtéket nyertünk.

A test hőmérséklete: a paraffinoderm borítás alatt minden esetben emelkedett, a borítás felvétele utáni 10—15-ik percben érte el a maximumot. A maximális hőemelkedés 2.2° C, a minimális 0.3° C, az átlag hőemelkedés pedig 1.03° C volt.

3 betegünkön a borítás előtti testhőmérséklet 37° C felett volt (37.3, 37.8, 38.2° C), ezeknél is a paraffinoderm borítás alatt szintén hőemelkedést észleltünk, de a borítás levétele utáni 10-ik percben testhőmérsékletük 37° C alá szállt.

Légzés. A borítás alatt a légzés szám a hőmérséklet és pulzus emelésével minden esetben emelkedett s a percnként mért légzés átlag 5-tel szaporodott, a borítás levétele után 25 eset közül 20 esetben emelkedett átlagosan 2-vel, míg 4 esetben a status quo ante állapot állt be és egy esetben mutatott süllyedést.

Pulsus szám. Borítás alatt minden esetben emelkedett átlagban 26 tal, a maximális emelkedést (48) egy nagyfokú neurastheniában szenvedő beteg mutatott, míg a minimális emelkedés 6 pusustöbblet volt.

Vérnyomás: 25 betegen 17 esetben sülyedt 8.8/9.2 Hgm átlaggal, 6 esetben 13/10 Hgm-el emelkedett, míg egy betegen változatlan maradt. A vérnyomásemelkedés egy 21 éves betegen 23/10 volt. Megjegyzendő, hogy a beteg nagyfokú neurastheniában szenvedett. Egy 45 éves betegen a paraffinoderm borítás alatt a vérnyomás 8/10-el emelkedett, míg a borítás levétele után 5/10 Hgm-mel csökkent. Tíz 50 éven felüli beteg közül 4 esetben észleltünk minimális vérnyomásemelkedést, még pedig egy 57 évesnél 15/10, egy 60 évesnél 25/15, egy 61 évesnél 10/15, egy 64 évesnél 0/0, 65 évesnél 12/10 Hgm vérnyomásemelkedést észleltünk. A paraffinoderm levétele után a vérnyomás mindig sülyed, viszonylagosan még azokban az esetekben is, amelyekben a borítás alatt emelkedett.

A fehérvérsejtek száma a borítás alatt minden betegen csökkent. A csökkenésnek átlagos száma 972. A borítás levétele után a fehér vérsejtek száma további csökkenést mutat és a legkevesebb fehér vérsejtet a borítás utáni 30. percben találtuk. Ettől kezdve a megejtett

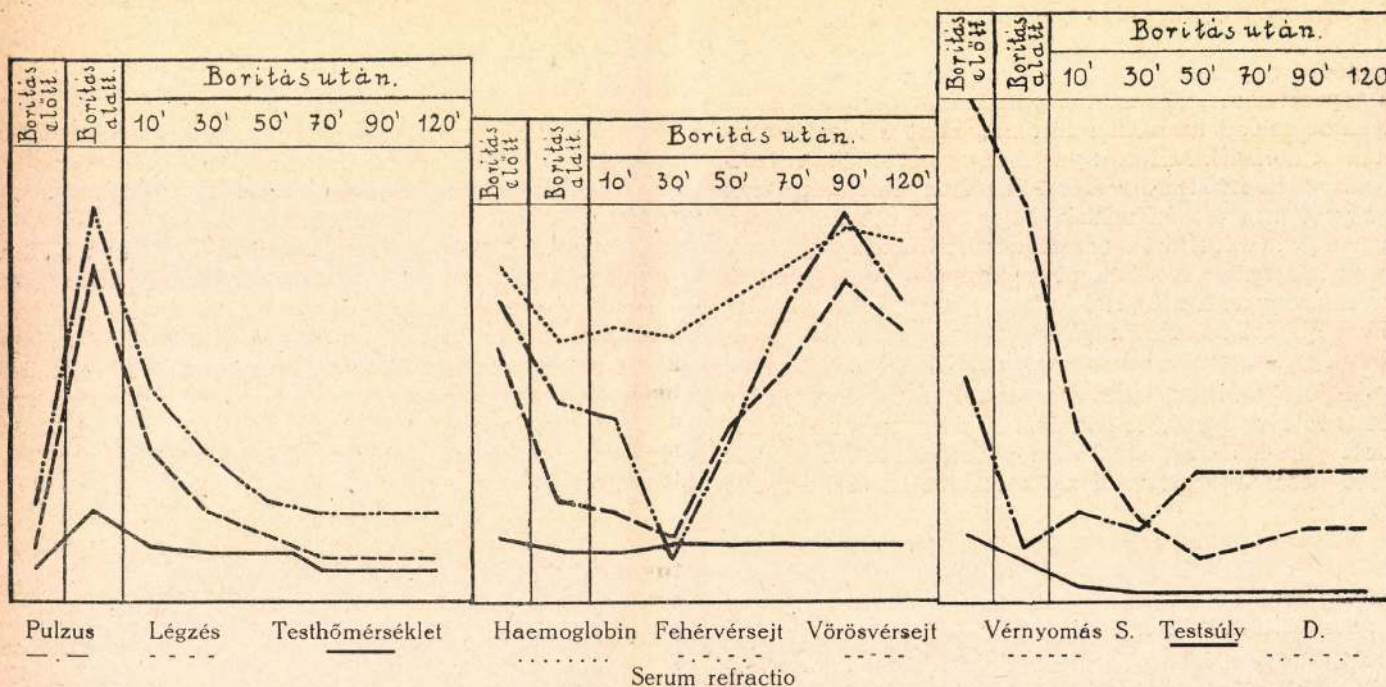
val, majd ezután lassan kisebb-nagyobb ingadozással borítás után mért 10-ik percben, átlag a borítás előttihez viszonyítva 0.00117 különbséget mutat. A refractiós eredmények a fehér- és vörösvérsejtszám csökkenésének megfelelően egyenes arányban mutatnak hydraemiát.

Haemoglobin meghatározása százalékban Hoppe—Seyler colorimetrikus kettős pipettával és Sahli haemometerrel történt. Borítás alatt 12.4%, borítás után 15.2% differentiát kaptunk, ezen érték 30 percre a borítás után még csökkent, majd 50 perctől kezdve emelkedett, a 90. percben a kezdeti érték fölé emelkedik és 120. percben a kezdeti értékre sülyed vissza.

A quantitativ vérképben: a segment és leukocyták számának csökkenését észleltük a borítás alatt, amely a borítás előtt 64.4%, a borítás alatt 61.9%, míg a borítás levétele után 61.5% volt.

Kisfokú balra eltolódást észleltünk, amennyiben a „stab” alakok száma átlagosan emelkedik. Borítás előtt 1.7%, alatt 1.85%, után 2.25%. Az eosinophil és basophil sejtek száma a borítás alatt csökken. Míg a lymphocyták szám átlagban emelkedik. A lymphocyták szám borítás előtt 27.45%, borítás alatt 31.35% és után 32.7%. A monocyták szám átlagban változatlan maradt.

1. ábra.



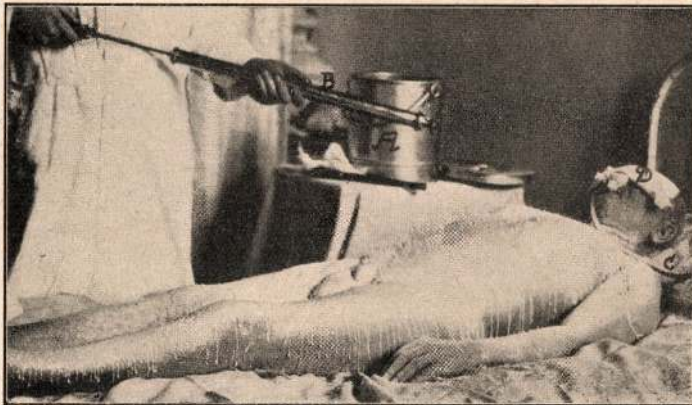
vérsejtszámlálások a fehérvérsejtek szaporodását mutatják, számuk a 90-ik percben a borítás előtti mennyiség fölé is emelkedik, és csak 2 óra múlva találtuk több-kevesebb ingadozással az eredeti számot.

Vörösvérsejtszám minden esetben csökkent. Átlagos értékben 536.000—el. A borítás levétele után 10 perccel tartott vizsgálat további csökkenést mutat, átlagszám 571.000. A csökkenés maximumát az 50-ik percben éri el, amikor az átlagos érték 760.000 vörösvérsejttel kevesebb a borítás előtti állapothoz viszonyítva. A 90-ik percben a megejtett vörösvérsejtszámolás a legtöbb esetben a borítás előtti állapothoz viszonyítva még emelkedést is mutat. Két óra múlva a számolási hibaforráson belül a status quo ante állapot lép fel.

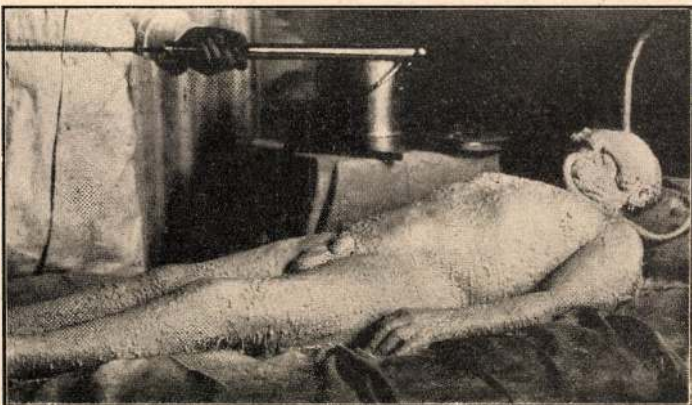
A serum refractum: a vérserum fehérjetartalmát Pulfrich refractométerével határoztuk meg, mellyel a vér sűrűségére következtethetünk és azt találtuk, hogy átlagban minden esetben a vér felhígulása lépett fel a borításban eltöltött 10 perc múlva, átlag 0.00193 differentia-

A mellékelt ábrákon graphikusan vázoljuk azokat a physiologiai elváltozásokat, amelyek a paraffinoderm borítás alatt és annak levétele után bekövetkeztek. Itt ezeket az elváltozásokat csak összegezve ismertetjük; vagyis a vizsgálatok minden phasisában a kísérletek átlagértékét tüntetjük fel. Mint e graphikonokból látható, a paraffinoderm borítás hatására a pulsus, légzésszám és testhőmérséklet hirtelen emelkedést mutat, majd a borítás után lassan csökkeni kezd. Ez a szabály áll különösen: a pulsus és légzésszámra, a testhőmérséklet emelkedése aránylag csekély, a visszatérés a normalishoz hamarabb beáll. Csökkenést találunk a betegek testsúlyában, amely a borítást követő 15. percben éri el a maximumot, majd kis esést mutatva állandó marad. A vérnyomás is jelentékeny csökkenést mutat és a borítás után nem tér vissza rövid idő alatt eredeti értékére, hanem 120 percen belül alig mutat növekvő tendenciát. Amíg a diastolés (D) vérnyomás minimumát a borítás alatt éri el, addig a systolés (S) vérnyomás minimuma csak az 50. percben jelentkezik.

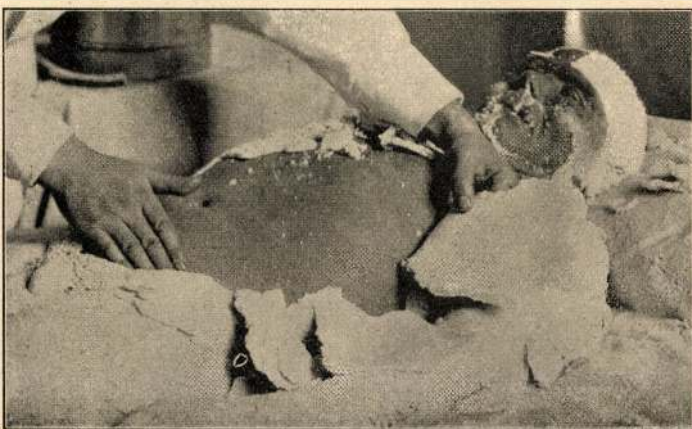
A haemoglobin, fehérvérsejt, vörösvérsejt és a vérserum refractiója a paraffinoderm borítás hatására ugyan csak értékbeli csökkenést mutat, azonban a kísérletek ideje alatt (120 perc) eredeti értékére visszatér, sőt némely esetben azt túl is haladja. Ezen értékek csökkenése rend-



2. ábra. Egész test beborítása paraffinodermmel. (A. 70°C paraffinoderm masszát tartalmazó edény. — B. Paraffinoderm szóró készülék. — C. Gummicső, amelyen át a beteg lélegzik, nehogy a finoman permetezett paraffinodermet beszívja. — D. Papírvatta, amellyel befödjük azokat a területeket, amelyeket a beborítás alól mentesíteni akarunk.)



3. ábra. Egész test beborítva 70°C paraffinodermmel.



4. ábra A paraffinoderm levétele.

szerint a betegek izzadásával volt arányban. A nevezett görbék közül a legkisebb kilengést a serumrefractio számában találunk, azután a haemoglobin-szám változása következik.

A serumrefractio görbének minimuma a borítás alatt mutatkozik, vagyis a vér hígulása ekkor volna a legerősebb. Evvel igazolhatnók a haemoglobin, vörösvérsejt, fehérvérsejt-számnak csökkenését is. Bár a fehér- és vörösvérsejtszámnak csökkenése aránylag lassabban történik és minimumát mind a kettő a borítás levétele után éri el. Majd a görbék emelkedést mutatnak és a borítás utáni 90. percben a haemoglobin-görbével egyetemben a maximumot mutatják, míg a maximum után újabb csökkenést látunk és a kísérletek 120. percében mind a három érték nagyjában visszatér a normalishoz.

A 70°C paraffinoderm-borítás alatt fellépő izzadáskor, az izzadás megindulásakor minden esetben hydraemiát találtunk, mert emellett szól a vörösvérsejtek és fehérvérsejtek számának csökkenése és ugyanakkor a vér felhígulása. Ezen megállapításunk a legtöbb szerző megállapításával ellentétet mutat, minthogy ők az izzadáskor a vörösvérsejt és fehérvérsejt számemelkedését és ugyanakkor a vér sűrűsödését találták. Ezen eredményeink magyarázatára azt kell felhoznunk, hogy a betegeken vizsgálatunkat 10 perces időközönként ismételtük meg és így megközelítő pontossággal tudjuk kontrollálni a vérsejtek számingadozását és a vér sűrűségét.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. belklinikájának (igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár) és II. szemklinikájának (igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár) közleménye.

Glaukomás betegek peripheriás érrendszeréről.

Irták: Mészáros Károly dr. és Tóth Zoltán dr. egyetemi tanársegédek.

Az elsődleges glaukomák és az érrendszerbeli rendellenességek egymáshoz viszonyának sokat vitatott kérdésében óhajtottunk újabb, főként számokban kifejezhető adatok birtokába jutni, midőn elhatároztuk, hogy a glaukomások érrendszerét és peripheriás keringését a modern diagnostikai eljárások segítségével vizsgálat tárgyává tesszük.

A szokásos szemészeti és teljes belgyógyászati physikális vizsgálatokon kívül minden betegen meghatároztuk a vérnyomást, a vértelenített ujj reactiv hyperaemiájának idejét és a bőrréngyomást Herzog¹⁾ szerint. Végül részletes capillarmikroszkopos vizsgálatokat is végeztünk.

Utóbbi vizsgálataink során azon O. Müller²⁾ által felállított irányelvhez tartottuk magunkat, hogy a hajszálérrendszer állapotáról csak a bőrfelület több részének és a hozzáférhető nyálkahártyáknak megvizsgálása után szabad véleményt alkotni. Így tehát a capillarmikroszkopos vizsgálatot testszerte elvégeztük, különösen az ujjakon, az ajkaknyálkahártyán és a bulbaris conjunctiván. Ezen megfigyeléseinkről számos esetben mikrophotographiákat is készítettünk. A kéz ujjainak hajszálereinek a vér áramlásának sebességét is megmértük, megfigyelve azt, hogy a vér egy normalis hosszúságú (400 mikron) capillarison mennyi idő alatt halad keresztül. Ezt az időt, ami normalis viszonyok közt 1.0—1.6", egyszerűség kedvéért a továbbiakban áramlási időnek fogjuk nevezni. Bár ez az eljárás nem ad abszolút pontos értékeket, mégis összehasonlításra alkalmas adatokat nyújt még akkor is, ha tekintetbe vesszük az áramlási sebesség változó voltát. A mérések mindig vizszintes kar- és kéztartás mellett történtek. A reactiv hyperaemiát úgy vizsgáltuk, hogy egy kb. 3 mm széles gummi-

gyűrűt húztunk fel valamelyik ujja az I. perc alapjáig. miáltal az ujj vértelenű vált. A gyűrű átvágása után megfigyeltük, hogy az ujj mennyi idő alatt telik meg vérrel. Ez egészséges egyénekben prompt, azaz 2.5"-en belül következik be. Érrendszerbeli rendellenességnél a telődés jóval hosszabb ideig tart. A systolés és diastolés vérnyomást auscultatióval határoztuk meg higany-milliméterekben. Ez volt mindig az utolsó vizsgálat, hogy a többit a végtag leszorítása ne zavarja. A bőrérnyomás-mérést *Herzog* előírása szerint végeztük. Ennek normalis értéke egészséges (normalis vérnyomású) egyénekben 40—50 Hg mm.

25 elsődleges glaukomában szenvedő betegünkre vonatkozó méréseink számszerű adatait a következő táblázatban foglaltuk össze:

Táblázat.

	Kor. nem	RH	RR	B	Á. I.
1.	37 n.	pr.	150—95	50	3—4"
2.	65 n.	pr.	198—100	90	?
3.	68 f.	4"	185—90	30	St+13"
4.	70 f.	3.2"	175—95	60	3—4"
5.	58 n.	3.4"	230—135	55	?
6.	74 n.	3.6"	240—120	50	4—6"
7.	62 n.	11"	215—105	35	6—8"
8.	42 f.	4.8"	105—80	25	4—5"
9.	66 n.	45 "	245—115	n. m.	4—8"
10.	72 n.	2.6"	160—80	30	3"
11.	46 n.	5"	100—60	40	3—5"
12.	73 n.	6"	150—65	n. m.	10 "
13.	55 n.	5"	235—110	70	5—8"
14.	64 n.	6"	165—85	35	6—8"
15.	56 n.	5"	185—80	30	3"
16.	71 f.	10"	150—80	n. m.	40"
17.	35 n.	10"	130—65	n. m.	St+20"
18.	68 f.	8"	185—100	30	6—8"
19.	59 n.	19"	190—105	n. m.	10"
20.	59 n.	6.4"	175—100	n. m.	4.6"
21.	57 n.	6.4"	210—105	n. m.	+ 3.4"
22.	70 n.	5.4"	200—105	n. m.	4—5"
23.	62 f.	16"	155—85	n. m.	20—25"
24.	55 f.	9"	165—95	n. m.	7—10"
25.	73 n.	4.4"	150—80	n. m.	St+ 6"

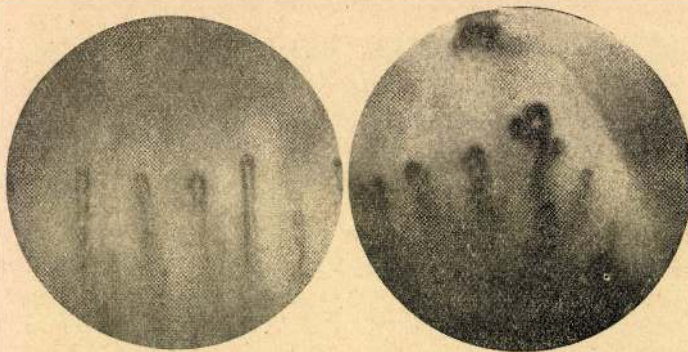
A táblázatban *RH* a vértelenített ujj reactiv hyperaemiájának keletkezési idejét, *RR* a *Riva-Rocci* szerint higanymilliméterekben mért vérnyomást, *B* a *Herzog* szerint higanymilliméterekben mért bőrérnyomást, *Á. I.* az áramlási időt jelenti. *Pr.* alatt prompt, azaz 2.5"-en belüli telődés, *St.* alatt stasis. végül *n. m.* alatt nem mérhető értendő. Az *Á. I.* rovatában két esetben feltüntetett kérdőjel, azt jelenti, hogy a capillarmikroszkopos kép homályossága miatt az áramlási időt nem sikerült megmérni.

A táblázatból kiténik, hogy a reactiv hyperaemia 23 esetben (92%) késett s csak 2 esetben (8%) lépett fel rendes időben. A késés 13 esetben (52%) meghaladta az 5"-et s egy esetben a 45"-et is elérte. A feltüntetett számadatok az első vértelenítésre vonatkoznak. 12 esetben (48%) többszöri vértelenítéssel sikerült prompt telődést létrehozni, 11 esetben (44%) azonban 5-szöri vértelenítéssel sem. Utóbbi esetekben tehát a bőrérnyomás nem volt mérhető. Ebből az apró erek nagyobb fokú rendellenességére lehet következtetni.

Azon 14 eset közül, amelyekben a bőrérnyomás mérhető volt, csak 4 esetben (1, 2, 4, 11) találtunk normalis illetőleg essentialis hypertóniában a szokottnak megfelelően emelkedett bőrérnyomást (v. ö. *Herzog*³ III. sz. táblázatával), a többiekben az általában feltűnően alacsony volt. Hat hypertóniás betegen nemcsak relative, hanem absolute is alacsony (25—35 Hg mm) értéket kaptunk.

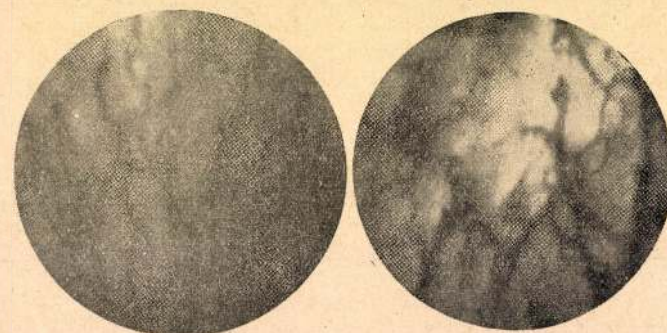
Ezekből a megfigyelésekből arra lehet következtetni, hogy glaukomás hypertóniás betegek érrendszere sokkal

nagyobb fokban bántalmazott, mint a glaukomában nem szenvedő hypertóniás betegeké, továbbá, hogy a nem hypertóniás glaukomás betegek érrendszere is kifejezetten kóros.



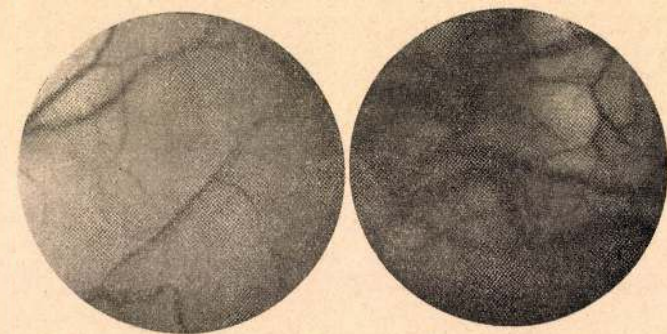
1. ábra. Normalis ujj limbusának capillarmikroszkopos képe. (50-szeres nagyítás.)

2. ábra. Ujj limbusának capillarissai glaukomában. (50-szeres nagyítás.)



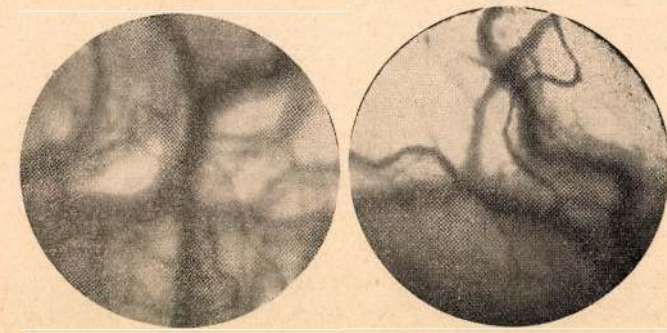
3. ábra. Normalis ajaknyálkahártya. (30-szoros nagyítás.)

4. ábra. Glaukomás beteg ajaknyálkahártyája. (30-szoros nagyítás.)



5. ábra. Ép conjunctiva. (30-szoros nagyítás.)

6. ábra. Conjunctiva glaukoma inflammatorium acutumában. (30-szoros nagyítás.)



7. ábra. Conjunctiva glaukomaiban. (30-szoros nagyítás.)

8. ábra. Conjunctiva glaukomaiban. (30-szoros nagyítás.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

Az orrmelléküregek gyulladásos megbetegedései.

Az orrmelléküreggyulladás (sinusitis vagy helyesebben *antritis paranasalis*) keletkezését pathogen mikro-organismuskoknak az üregbe jutására, avagy az eddig ép melléküregben jelenlévő baktériumoknak megszorodására, illetve aktiválódására vezetjük vissza, kapcsolatosan a szervezet resistenciájának általános megbetegedések következtében beálló leromlásával. Ez utóbbiak között leginkább a heveny fertőző betegségek (influenza, scarlatina, morbilli, typhus abdominalis, erysipelas, diphtheria, pneumonia) szerepelnek és ide sorolhatók az önálló kórkép alakjában megjelenő vulgaris náthához társuló antritisek is. Az orrmelléküregek infectiójának leggyakoribb forrását éppen a vulgaris nátha képezi, melynek infectiós volta kétségtelen. A megfelelő területre localisált heveny főfájás, kábultság, a melléküregek falának nyomási érzékenysége, bővebb váladéknak ürülése a fejtartás megváltoztatásakor, stb., a nátha tovaterjedésének jelei gyanánt tekinthetők. Ez acut antritisek az esetek nagy többségében a náthával együtt lezajlanak. A folyamatnak a melléküregben megrögződésében, az acut antritisből chronikusnak kifejlődésében a gyulladást keltő mikroorganizmusok virulenciáján és a szervezet resistenciájának fokán kívül a váladék levezetést gátló anatómiai okok szerepelnek.

A felsorolt esetekben az antritis rendszerint *rhinogen* keletkezésű, vagyis a folyamat az orr főüregéből a melléküregeket kibélelő nyálkahártyára terjed át. Olykor azonban az acut rhinitis manifestációja nélkül, *haematogen* úton keletkezik az antritis. Az antritisek egy másik csoportja *exogen* eredésű; ilyenek a külső traumák útján az orrmelléküregekbe jutó csirok okozta antritisek. Más esetben a melléküreg csontfalában lévő gyulladásos folyamat terjed át a nyálkahártyára. A nyálkahártya ily másodlagos megbetegedésére vezető s a szomszédságból tovavezetett gyulladások közül különös jelentőségűek a *dentalis* eredetű állcsontüregi antritisek. Olykor a melléküregek csontos falzatában levő *tertiar lueses*, vagy *tuberculosis* avagy *osteomyelitis* góc szolgáltat okot a nyálkahártya másodlagos megbetegedésére. Végül a melléküregek *rossztermészetű daganataihoz* is szinte rendszerint *secundar* genyes antritis társul.

Az antritisek *klinikai felosztásában* topographice a *solitaer* és *combinált*, az *egyoldali* és *kétoldali* affectiók között durva megkülönböztetés adódik. Minthogy több üregnek részesedése rendszerint az anatómiai helyzetet követi, célszerű a melléküregek felosztása *mellső* és *hátsó* üregekre, melyeknek váladéka egy-egy közös területre ürül. *Mellső melléküregek*: homloküreg, mellső rostasejtek és állcsontüreg, *hátsók*: hátsó rostasejtek és iküreg; az első series a középső orrjáratba, a második a fissura olfactoriába torkollik. A sorozat több, vagy valamennyi üregének gyakran együttes megbetegedését találjuk. Ha az egyik vagy mindkét oldalon valamennyi melléküreg afficiálva van, féloldali, vagy kétoldali *panantritis*-ről szólunk. A váladék minemősége szerint úgy az acut, mint a chronikus esetekben *catarrhalis* és *purulens* gyulladást különböztetünk meg, de vannak folyékony exsudatum nélkül járó esetek is, az utóbbiak prototypusai főképen a rostalabyrinthusban lejátszódó chronikus hyperplasiás gyulladások. A gyakorlatilag legfontosabb contingenst

a purulens esetek szolgáltatják, melyek megjelölésére az *empyema* elnevezés használatos; rothadó csirok invasiója folytán a váladék *e vessé* és *bűzösse* válik, a váladék besűrűsödése folytán pedig ú. n. *sajtos* empyemák jönnek létre. Gyakorlatilag *zárt* és *nyílt* empyemáról (*empyema clausum* et *apertum*) szokás szólni.* Az empyemák tünet nélkül, *latensül* is lefolyhatnak, ellentétben a *manifest* tünetekkel járó empyemákkal. Az *egyszerű* (szövődmények nélküli) melléküreggyulladások csoportjával szemben megkülönböztetjük a *complicált antritiseket*, melyeknek főcontingensét az *antritis exulcerans atque abscedens* gyűjtőneve alá foglalt kórfarmák szolgáltatják, melyekben rendszerint másodlagos infectiók, olykor fajlagos folyamatok szerepelnek. E kórfarmák a nyálkahártya kifeléelyesedésével (nekrosisával) s a melléküregek csontos falzatának és a borító lágyrészeknek különböző fokozatú gyulladásával (peiositis, ostitis, nekrosis, sipolyképződés, a lágyrészek lobos oedemája, phlegmone, abscessus) járva az *endocranium* és az *orbita*, illetve a látószerv igen súlyos kórképein kívül általános infectiónak, sepsisnek, vagy *septico-pyemá*-nak is kórokozó lehetnek.

Az orrmelléküregek *általános* és *helyi tünetek*-kel járnak. A heveny folyamatokat gyakran kíséri a *testhőmérséknek* az előidéző megbetegedésre visszavezethető s olykor 39 C°-ot meghaladó emelkedése, mely azonban néhány nap alatt elmúlik. Tartósabb subfebrilitas az infectio súlyosságának, de a váladékreakciónak is lehet jele. Chronikus gyulladások — amennyiben nem kísérik heveny fellobbanások — többnyire hőemelkedés nélkül, vagy csekély hőemelkedéssel járnak. *Septikus, illetve pyaemiás* láz rendszerint a szomszédos szervek másodlagos megbetegedéseire, különösen thrombophlebitisekre mutat, avagy arra, hogy ily *complicatio* nélkül társul az antritishez septikus, általános megbetegedés. *Psychikai zavarok* a magas láz által okoztatnak, chronikus esetekben azonban láz nélkül is meglehetősen jellegzetes tünetcsoportot alkotnak: általános bágyadtság, könnyű kifáradás, kedélyi depressio, aprosexia, melyeket csak úgy, mint az antritisek kíséretében mutakozó főfájásokat, nem ritkán tisztán neurastheniásoknak minősítenek. *Migraenszerű rohamok* a szem, illetve orbita circulációját befolyásoló egyoldali homloküreg és rostasejtbántalmakkal magyarázhatók. Olykor az ízézés zavarától is kísért *szaglászavarok* mutakoznak, ha nyálkahártyaduzzanatok, polypusok zárják el a rima olfactoriát (respiratiós hyposmia vagy anosmia), míg a szaglólóhamnak a lobos folyamat következtében bántalmazottsága *essentialis szaglászavarra* vezet; kakosmia subjectiva rendszerint a dentalis eredetű antritiseket kíséri. Chronikus rostasejt- és iküreggyenedésekben a hallóideg toxikus bántalmazottsága folytán *fülzúgást* is észleltek. A melléküreggyulladásokat gyakran kíséri az *orrlégzés zavara*, ami többnyire az exsudativ antritisekre körjellemző *nyákpolypusokra* vezethető vissza. Mindezekhez járul a *pathologiás secretio*. Geny kimutatása az orrban mindig kóros jel s az esetek túlnyomó többségében *valamely orrmelléküregből származik*. A *tüzetesebb localisatio* a frissen kilépő váladék megfigyelése útján lehetsé-

Utóbbi elnevezés *contradictio in adjecto*, az előbbi pedig *pleonasmus*, mégis polgárjogot nyertek, amennyiben a rhinologiai terminológiában az empyema fogalma nem jelent „elzárt” üregben genygyülemet.

ges. E célból az orrüreget megtisztítása után a következő műfogások alkalmazandók: rhinoskopia anterior, media és posterior; a levezető utak tágítása cocain-tonogen-oldat segítségével, spray vagy ecsetelés útján s ezt követő inspectio; a kivezetőnyílások tájkára apró tamponok helyezése, melyeken a kiszivárgó váladék megtapad; az ostiumok mélyebb helyzetbe hozása a fejnek megfelelő fektetésével; a váladéknak kiszivattyúzása a *Sondermann-Muck*-féle készülékkel; a melléküregek sondázása, punctiója és próbakiöblítése, melyek szakorvosi jártasságot igényelnek. A többi localis tünetek közül a megbetegedett melléküregek területén mutatkozó *nyomási fájdalom* nem teljesen mérvadó; a homloküreg alsó és mellő s a *Highmor*-üreg facialis falának, a rostasejtek megbetegedésekor pedig a belső szemzagnak, illetve az orrhátnak ilyenmű fájdalommassága gyakran kíséri ugyan az üregek gyulladását, de gondoljunk neuralgiákkal, egyéb okokból keletkezett periostitissel, az állcsontüregnél a vele anatómiai vonatkozásban levő fogak periodontitisével összetévesztés lehetőségére. A többi diagnostikai eljárás közül legértékesebb a *Röntgen diagnostika*; a szükséglethez képest occipito-frontalis (posterior-anterior), bitemporalis, különféle modificatiójú axialis és *Rhese*-féle ferdeirányú felvételek használatnak.

Therapiás szempontból mérvadó, a folyamat heveny, vagy idült jellegének megállapítása. Utmutatást nyújt az anamnesis, a röntgen-leletnek régebbi leletekkel történő összehasonlítása, chronicitásra utaló polypus, granulatiós elváltozások megállapítása. Az *acut esetekben* lehetőleg tartózkodunk a műteti beavatkozásoktól; a beteg szobában, esetleg ágyban tartózkodják, dohányzást szesz italokat eltiltjuk; belsőleg salicyl-készítmények adhatók. Localisan a váladék lefolyásának megkönnyebbítésére legcélszerűbben cocain-tonogen-sprayt alkalmaztunk (1—2% cocain-oldat minden ccm-jéhez 1—2 csepp tonogen) avagy cocain- (5—10%) tonogen oldattal megnedvesített tamponokat helyezünk a középső, vagy felső orrjáratba; továbbá meleg borogatások (thermophor) a megbetegedett arcfélre, homloktájr; igen jó hatású a *Brünnings*-féle villanyos hőszekrény útján alkalmazott activ hyperaemia. A secretio serkentése s a váladék elfolyósítására esetleg jódkészítmények. Váladék-retentio okozta igen heves fájdalmak, külső duzzanat esetén a melléküregek kiöblítése a természetes nyíláson át vagy punctióval, a kivezető nyílást szabaddá tevő endonasalis beavatkozások (középső kagyló partialis resectiója vagy infractiója), polypusok, granulatiók eltávolítása stb.; mindezek természetesen szakorvosi jártasságot igényelnek. Conservative (öblítésekkel, conservatív endonasalis műtétekkel) járunk el súlyosabb tüneteket nem okozó *chronikus esetekben* is. Ha azonban a conservatív eljárások nem vezetnek célra s feltehető, hogy a nyálkahártyán súlyosabb elváltozások vannak (polypusos cystikus degeneratio stb.), avagy ha akár az acut esetekben, akár a chronikus esetek exacerbatiójakor complicatiók mutatkoznak, a folyamat a csontos falazatra terjed át (borító lágyrészek lobos duzzanata!), orbitalis, endocranialis szövődmények tünetei jelentkeznek vagy csak fenyegetnek is: *radicalis műtét* végzendő, a folyamatban részesedő valamennyi melléküreg külső széles feltartásával.

Safranek János dr.
egyet. rk. tanár,

A hajás fejbőr gombás betegségeinek gyógyítása időleges szőrvesztő eljárással.

A hajás fejbőr gombás betegségei közül a gyakorlatban a favus, a trichophytia superficialis és profunda s a mikroskopia jön tekintetbe. Ezek gyógykezelése úgy történik, hogy a hajszálakat valamilyen módon teljesen epiláljuk. Részleges epilatióval csak egészen kivételesen elégszünk meg, kis kiterjedésű, szőrványos esetekben. A hajszálak teljes epilatiójával egyidejűleg és utána gyakori, napi 2—3-szori szappanos, melegvízes mosás mellett enyhe desinficiáló kenőcsöket, később alkoholos oldatokat alkalmazunk. (2—3%-os salicylos vaselin, hígított jodtinctura, a tünetek megszűnésével egy ideig még 2—4%-os salicylspiritusz stb.)

1. Az epilatiót végezhetjük *szőrtépő csipesszel*. Ez az eljárás igen nagy türelmet igényel s fájdalommal jár. A hibája az, hogy az egészséges hajszálakat biztosabban epiláljuk, mint a betegeket, mert az utóbbiak könnyen letöredeznek. Ezért a csipesszel epilálás mellett még colloidum elasticummal beecseteljük a fejbőrt s a képződő hárttyát lehúzzuk, amellyel az apró beteg hajszálakat is kitépjük.

2. A leggyakoribb a *szuroksapka* módszer, amely a röntgen előtt volt divatos, ezután divatját multa, de ujabban megint alkalmazzák ugyanezt vagy módosítását (enyvsapka stb.). A szuroksapkás módszer csak narkosisban végezhető s nem egészen veszélytelen eljárás, ha nem nagyon óvatosan végzik, a bőrt is lehúzzhatják vele.

3. A *röntgenes* ideiglenes epilatio a primitiv gépek és röntgensövek idejében még begyakorlott üzemekben is azzal a veszedelemmel járt, hogy vagy nem epilálódott teljesen a besugárzott terület, vagy pedig túladozás következtében véglegesen kihullott a haj. Ez könnyen előfordulhatott, mert hiszen tudjuk, hogy az epilatio 75—80% H. E. D. mellett tökéletes, 20—30% túladozás már maradandó kopaszodást okozhat. Régebben a H. E. D. megállapítása előtt az E. D.-t használták: Az egyes erythema dosisok között, amelyet intézetek E. D.-ként használtak, néha 70—80% differentia is volt. Voltak intézetek, melyek csak a bulbos erythemát fogadták el a E. D.-nek, mások viszont az epilatiós dosist tartották az E. D. egységének. Hogy az ilyen bizonytalan egységek mellett nem tartozott a ritkaságok közé az ideiglenes kopaszság helyett a végleges, azt nem kell külön hangsúlyoznunk. A H. E. D. megállapításával a mérőeszközök, a gépek és a csövek tökéletesedésével ez a veszedelem lényegesen csökkent. Ma már állandó és erre begyakorolt üzemből tiszta röntgenes epilatio úgy-szólván minden veszedelem nélkül történik.

4. A *thalliumos* (thallium aceticum *Kahlbaum* test-súlykilogrammonként 8 mgr.) epilatio 1925 óta szokásos. Eleinte igen nagy jövőt jósoltak neki, de később az alkalmazással kapcsolatosan innen is onnan is különböző kimeneteli mérgezéses tünetekről referáltak. A thallium mint szőrtelenítő szer csak a pubertásig alkalmazható. Általában fiatalabb, erőteljes gyermekek jobban tűrik, mint az idősebbek, vagy a véznák. A szer pontos adagolása igen fontos. Még ilyen adagolás mellett is bekövetkehetnek intoxicatio jelenségek. Minden thalliumos adagolás után bekövetkezik a bevételtől számított 5—10 nap után a levertség, bágyadság, étvágytalanság, gyomorfájdalom, végtagfájdalmak, melyek néha oly erősek, hogy gyengébb gyermekek a lábukra sem tudnak állani. Súlyosabb esetekben psychosisokat, choreás ataxiát, sőt nem egy esetben halált is láttak thalliumos epilatio után. A thallium tehát még gyermekeken is a szervezet-re nézve a legnagyobb mértékben differens szer.

A hajszálak a 7—8. napon meglazulnak és könnyedén kihúzhatókká válnak s így maradnak a 16—20. napig. A 4—5. héten kezdődik a hajzat regenerálódása. Az epilatio nem mindig sikerül, néha maradnak vissza meg nem lazult hajszálak, a szervezetet tehát súlyos mérgezés kockázatának szolgáltatjuk ki anélkül, hogy az eredmény felől biztosak lennénk. Ha az epilatio nem tökéletes, a betegség újból és újból recidivál, tehát mellette más epilatio módhoz kell fordulnunk (csipesz, collodium stb.), mert a thallium ismételt adagolása rendkívüli módon fokozza a mérgezés veszedelmét.

5. Buschke és Langer, nálunk Kollarits kidolgozták az ú. n. „fél röntgen — fél thalliumos eljárást“, melyben úgy a röntgen, mint a thalliumból fél epilatio adaggal érnek el teljes hajhullást. Az eljárást mi is igen nagy anyagon alkalmaztuk és teljesen beváltak mondhatjuk. Szigorúan betartva úgy a röntgenből, mint a thalliumból a féladagot, nem mindig kapunk teljes epilatiót, de ha valamivel emeljük az adagokat, úgy, hogy a thalliumból testsúlykilogrammonként 4.5—5 mgr.-ot, a röntgen dosisből pedig nem 40% H. E. D.-t, hanem kb. 50%-ot adunk, az epilatio tökéletes lesz. Ebben az eljárásban sem a röntgen, sem pedig a thallium ártalmait nem észleltük. Utólagos epilatióra csak a legritkább esetben kerül a sor.

Összefoglalás:

a) Kis kiterjedésű gombás eredetű hajelváltozások gyógykezelését megkísérlelhetjük csipesszel végzett epilálással.

b) Thalliumos epilatiót 2—3, kivételesen 5 éves korig alkalmazunk, csakis erőteljes, egészséges gyermekeken.

c) Röntgenes epilatiót 3—5 éves kortól kezdve végeztessük, teljesen megbízható berendezés mellett, erre begyakorolt üzemekben.

d) Röntgenes-thalliumos kombinált eljárás kb. 2 éves kortól 14 éves korig a gyakorlatban a legalkalmasabb, legkevesebb veszéllyel jár s jó eredményeket ad. Nem a legprecízebb röntgengéppel is elvégezhető.

vitéz Kémeri Dezső dr.

A halánték lebeny tünettana.

A halántéklebenyhez tartozik a három temporalis tekervény (T. 1, T. 2, T. 3.) mellő $\frac{3}{4}$ -e, a Heschl-féle hárszörvénnyel, a temporalis polus, a lobus fusiformis, valamint a gyrus hippocampi és az Ammon-szarv Brodmann, Economo és Koskinas szerint a halántéklebenyben a sejt- és velőhüvelyképek alapján még további kisebb mezőkre osztható következő nagyobb területeket különböztethetjük meg: 1. Regio supratemporalis, 2. regio infratemporalis, vagy temporalis propria, 3. regio fusiformis, 4. regio temporopolaris és 5. regio hippocampica.

A regio supratemporalis a temporalis polus kivételével magában foglalja az első halánték tekervényt, a szomszédos Heschl-féle gyrusokkal, tehát a Brodmann-féle 22, 52, 42 és 41, illetve az Economo és Koskinas-féle TA, TB, TC, TD mezőket. Élettani szempontból ez a terület nemcsak a hallóközpontot, hanem baloldalt a szömegértésnek (azaz a Wernicke-féle sensoros aphasiának) centrumát is magába foglalja. A hallásnak és a szömegértés egyes alkotórészeinek agykérgi localisációjáról nem sokat tudunk. Economo szerint a tulajdonképeni „hallókéreg“ a TC-ben (41. Brodmann) van. Egyesek feltételezik, hogy a különböző magasságú hangok felfogása kisebb körülírt területek működésének volna az eredménye és hogy a zenei hangok felfogására, illetve a zene megér-

tésére is külön központok szolgálnának (Brodmann-féle 38. mező, Henschen stb.). Azonban ezek épp oly kevésbé vannak még bizonyítva, mint az, hogy a beszéd megértéséhez szükséges b—g hangok perceptiója egybeesne a sensoros beszéd középponttal, a Brodmann-féle 22. mező hátsó részével. Economo, Kleist és mások szerint a hallás, mint érzéki észrevevés a TC-ben, a szóhang felfogása a TB-ben, a szó értelmének felfogása a TA-ban és végül a zene megértése a TA 2-ben székel. Az area temporalis propria elsősorban hallási — lelkiteljesítmények szolgálatában áll, míg az area temporopolaris, mely állatokon hiányzik és működése még ismeretlen, hallási — mozgásos jelenségeket fejt ki. Az egész akustikus zóna tehát, Kleist szerint, ugyanúgy feloszlik sensoros, motoros és lelki zónára, mint az optikus zóna a hátsó lebenyben. A 2. és 3-ik tekervénynek különben az említett lelki functiókon kívül az egyensúlyozásban is nagy szerepe van. A regio hippocampica végül a szaglással és ízéssel áll kapcsolatban.

A halánték lebeny betegségeinek topikus diagnosztikája nem könnyű. A baloldalon még a sensoros aphasiának a fellépte sokszor útbaigazít, a jobb oldal azonban sokáig az ú. n. „néma“ zónák közé tartozott, úgy, hogy egyes régebbi neves szerzők is bizonyos szabályszerűséggel, a helyi jelek hiányában, a bántalom székhelyét a jobboldali halántéklebenyben keresték. Az utóbbi években különösen Knapp, Schwab, Schupfer, Mingazzini, Arton, Stertz, van der Horst stb. fáradoztak a halánték-lebeny tünettanának megállapításán.

A baloldali halántéklebeny megbetegedésében legfontosabb tünet a sensoros aphasia, amely a Wernicke zóna laesióiban támad. Ha azonban a góc e zóna előtt, alatt, vagy mögött székel, amnestikus aphasia mutatkozik, úgy mint a Pick-féle betegségben. Ez a bántalom két alakban lép fel, a homlok és halántéklebenyek, vagy mindkettőnek sorvadása alakjában, azonban úgy, hogy bizonyos területek mindég megkíméltetnek. Ez a betegség igen alkalmas egyes tünetek tanulmányozására, mert távolhatások itt nem igen érvényesülhetnek és a temporalis lebeny sorvadása esetében az 1. temporalis tekervény és a gyrus transversusok épek maradnak, tehát azok a területek, amelyek relative elemibb functiókkal állanak kapcsolatban. Ennek megfelelően először a legfinomabb teljesítmények szenvednek. Stertz szerint első tünet a szó megtalálás megnehezülése, amely kezdetben paraphasia nélkül mutatkozik. A mechanikai utánmondás, mint egy idevágó esetemben különösen echolalia alakjában megtartott. A spontan beszédhez később mind több paraphasiás jelenség vegyül. Legkésőbb szenved a beszéd megértés. Ezért a 2, 3. baloldali halánték tekervény laesióinál fellépő tünetekben jellemző a következő sorrend: amnestikus aphasia — paraphasia — szósüketség.

Ugy a bal, mint a jobboldali halántéklebeny betegségeiben alkalomadtán a következő helyi és szomszédos tüneteket találhatjuk, amelyeknek jó része persze nem tökéletesen jellegzetes, hiszen távolhatás következtében is felléphetnek, pl. daganatok esetében.

A helyi tünetek közül megemlítendő: 1. A kérgi süketség, amely ritka, mert mindegyik fül mindkét hallókéreggel összeköttetésben áll, ezért a Brodmann-féle 41. mező és a középponti hallópályák feloldali pusztulása sohasem okoz féloldali süketséget, hanem csak az ellenkező oldali fül nagyothallását vonja maga után. 2. Leírni borongó állapotokat, apathiát, alszékony-ságot, logorrhoeát mániás (Cordes), katatonias (Sterling) stb. állapotokat. Az érzék-csalódások közül Knapp

szerint az akustikus hallucinációk után a gyrus uncinatus izgalmára vallanak (*Stewart, Jackson*). Ezek közül az érzék-csalódások közül egyesek, mint epilepsiás aura lépnek fel. A *Stewart*-féle „uncinate fits”-ben is szaglási sensatiók mutatkoznak epilepsiás rohamokkal és saját-ságos kódós állapotokkal kapcsolatban. 3. Epilepsiás rohamok. 4. Pseudocerebellaris zavarok. *Schwab* szerint fontos a spontan befelé mellémutatás a göccel ellenkező kézen. Ugyancsak ő említi az egyensúly zavart hátrafelé esés alakjában a göccel ellentétes oldalon. Itt főképpen a 2—3. homloktekervényből kiinduló temporo-pontin pályák jönnek tekintetbe, amelyek a hídmagvakon át az ellenkező kisaggyféllel állanak kapcsolatban. A halánték-lebeny ataxiáiban differentialis diagnosis szempontjából azt mondhatjuk, hogy a kisagyi ataxiában nincs bizonyos irány praevaleitiója, a homlokgyi ataxiában pedig a hátrafeléesés nem olyan nagyfokú és inkább kifelé mutatás van (*Goldstein*). *Sarbo* szerint a temporális ataxia távolhatási tünet és a nervus ruber pályáknak sérülése folytán támad.

A távolhatási vagy szomszédsági tünetek közül megemlítendő az ellenkező oldali parkinson-tünetek, tremor, chorea, athetosis a striatumra, illetve a pallidumra kifejtett nyomás folytán, a hemiplegia alterna ocul., ugyanazon oldalon mydriasis, hemianopsia, a trigeminus, abducens bénulása; apraxia stb.

Stief Sándor dr., egyet. rk. tanár, Szeged.

múzeum, melynek működése a társadalmi szervezés szempontjából legalább olyan fontos, mint az Országos Közegészségügyi Intézeté. Célja az ipari foglalkozásokból eredő károsodások megelőzése, a munkásjólét és szociál-higiene kérdéseinek tudományos és gyakorlati művelése, szaktanfolyamok rendezése, a népbetegségekre vonatkozó adatok gyűjtése és nyilvánosságra hozatala, a külföldi egészségügyi viszonyait javító tevékenység s a külföldi irodalom és hasonló mozgalmak nyilvántartása. Az egészségügyi oktatás, az egészségügyi propaganda, kiállítások rendezése az ország különböző vidékein és ezzel kapcsolatban magyarázó előadások tartása.

Az Országos Forrás- és Fürdőbizottság célja gyógyfürdők, éghajlati gyógyintézetekre, gyógyhelyekre, üdülőhelyekre, ásvány és gyógyvízforrásokra vonatkozó kérdések szakzerű tárgyalása. Véleményező és indítványozó testület. Az elnökét, alelnökét, tagjait a belügyminiszter nevezi ki. Ezenfelül tagjait a földművelésügyi, kereskedelemügyi, igazságügyi miniszterium egy-egy tisztviselője, Budapest törvényhatósági bizottságának, az Országos Társadalombiztosító Intézetnek és a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete igazgatóságának, az Országos Közegészségügyi Tanács kiküldöttjei. Tagjai között az orvos-társadalom érdekképviselője nem kapott helyet (1929. XVI. t.-c. 41. §-a és 500—1931. N. M. r. 58. §.).

(Folytatjuk.)

KÉRDÉS — FELELET.

A közegészségügyi intézet válaszai typhus-kérdésekben.

1. Typhussal fertőzött házból járhatnak-e a gyermekek iskolába, ha nem, meddig tiltandók ki?

Ilyen házból a gyermekek, ha a beteg nem izolálható, az iskolából kitiltandók a betegség tartamára, de legalább hat hétre. Elkülönítés esetén a beteggel utolsó érintkezéstől számított három hétre.

2. A zárófertőtlenítés után mikor mehet a gyermek iskolába, vagy a tanító, neje halála után?

Ha csak lehet, a családtagokat a zárófertőtlenítés után még három hétig tiltsuk el attól, hogy idegenek közé keveredjenek. Ha existentialis kérdés, akkor a zárófertőtlenítés után azonnal mehetnek, de ilyenkor is tartjuk őket a fenti ideig megfigyelés alatt. Célzerű ilyenkor előbb bélsárt és vizeletet vizsgáltatni typhus bacillusokra.

3. Az iskolából történő kitiltást kinek kell elrendelni, a kezelőorvosnak-e vagy a körorvosnak?

A hatósági orvos feladata; de ajánlatos, hogy már a kezelő orvos is tiltsa ki további intézkedésig.

4. A fenti kérdésekben általában a typhus körüli teendők, mely törvény intézkedik (vidéki viszonylatban)? Mulasztásuk minősítése?

A fertőző betegségek körüli eljárást nem országos érvényű rendelkezések, hanem törvényhatósági szabályrendeletek szabályozzák. Ezek törvényhatóságonként bizonyos fókig változók.

5. Egy $6 \times 6 \times 3\frac{1}{2}$ m szoba fertőtlenítésére elegendő-e 4 darab kereskedelmi kénrúd?

A kén csak féregirtásra használható, fertőtlenítésre nem.

A falusi szobák fertőtlenítésére a padlónak friss lúggal felsúrolása, a falaknak bemeszelése, vagy pedig a padlónak, falaknak s bútoroknak 1 ezrelékes sublimat-oldattal lemosása elegendő. Ugyanígy alkalmazható a formalingőzös fertőtlenítés Autan lámpával.

6. Milyen fertőtlenítési eljárás a legmegfelelőbb vidéken, különös tekintettel az ágynemű, párna, derékaj, paplan, dunna stb. fertőtlenítésre?

A kifőzhető ruhát vízben forraljuk legalább egy fél-órát. Párnát, dunnát, gözzel fertőtlenítsünk (géppel). Ha gép nincs, lehet a kemencét felhasználni. Ne legyen túl meleg, a belégett papiros ne barnuljon meg és a fertőtlenítendő tárgyakat hagyjuk benne, amíg kihűl. Amit lehet égessünk el (szalmazsák tartalma),

Tájékoztató a gyakorló orvosok kötele-ségeiről hatóságokkal szemben.

Irta: *Melly József dr.*, egyet. magántanár.

(Folytatás.)

Az Országos Közegészségügyi Intézetet az 1925: XXXI. t.-c. alapján építették. Felállítását a Rockefeller-alapítvány tette lehetővé (290.000 dollárt adott.) Az intézet feladata, hogy a közegészség tudomány gyakorlati alkalmazását előmozdítsa, főképpen a fertőző betegségek elleni védekezést irányítsa, a közegészségügyi hatóságokat támogassa, a közegészségügyi személyzet (hatósági orvosok, ápolónők, védőnők) kiképzésében, illetőleg továbbképzésében közreműködjék. Az intézet munkaköréhez tartozik még a gyógyszerkülönlegességek vizsgálata, a fertőző betegségekre vonatkozó és egyéb egészségügyi vizsgálatok elvégzése is.

Működését az intézet 1927-ben kezdte meg és az lényegben hármas irányú: 1. tanítói, 2. intézeti és 3. külső. A tanítói működése abban áll, hogy kiképzzi a hatósági orvosokat, részükre továbbképző tanfolyamokat rendez és legutóbbi programjába állította az ápolónő- és védőnő képzést. Az intézeti vagy laboratoriumi munka négy osztályra tagozódik: 1. pathohistologiai és parasitologiai, 2. bakteriologiai, 3. serologiai, 4. kémiai osztályra. A vizsgálatok gyorsítása végett az intézet decentralizálva van 7 fiókállomás felállítása által (Pécs, Debrecen, Miskolc, Székesfehérvár, Szeged, Hódmezővásárhely és Baja.) Közegészségügyi vonatkozású vizsgálatokat hatóságok részére más intézet csak a belügyminiszter engedélyével végezhet.

A Társadalom-egészségügyi Intézet és Múzeum, mely ugyancsak elsőrendű feladatok betöltésére hivatott, a Népegészségügyi Múzeum utódja. A Népegészségügyi Múzeumot a 45.716—1901 Ker. M. rendelet hozta létre 1902-ben és az a kereskedelemügyi miniszter felügyelete alatt állott. Ezt teljesen átszervezték, kiegészítették, helyiségeit restaurálták és kibővítették. (97.304—1927. N. M. M.) Így jött létre a társadalom egészségügyi intézet és

A betegek tüzetes kikérdezése által kiderült, hogy nagy részüknek (5, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 25) a rosszabb peripheriás keringés panaszt is okoz, így a végtagokon zsibbadást, merevségérzést, fájdalmat, elfehéredést, elkékülést. Érdekes, hogy a 11. számú 46 éves beteg, aki 15 év óta szenved glaukomában, ugyancsak 15 éve érez zsibbadást kezeiben és lábaiban; a 9. számú 66 éves glaukoma inflammatorium acutumában szenvedő betegnek pedig gyermekkorától hidegek és kékesek a kezei. A 25. számú 73 éves glaukoma simplexben szenvedő beteg intermittáló sántítást panaszolt (az arteriáknak tapintással észlelhető elváltozása nélkül.)

A betegek egy részének kezén már megtekintéssel és tapintással is észlelhetők voltak rosszabb peripheriás keringésre utaló tünetek, ugyanis azok kékes vörösek és többnyire hidegebb tapintatúak voltak (3, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 19, 22, 23, 24 és 25 számú betegek).

A kiegészítésül elvégzett capillarmikroszkopos vizsgálat valamennyi betegen azt mutatta, hogy az ujjak limbusán a capillarisok nagyrésze csavarodott lefutású, illetőleg hullámos szárú és mérsékelten tágult (főleg a vénás szár, amelynek tágassága 20–40 mikronig terjedt a normalis 15 mikronnal szemben). A capillarisok szárain sok esetben spasmusos behúzódnások és körülírt tárgulatok voltak észlelhetők (2. ábra). Az áramlási sebesség mind a 23 esetben, amelyben sikerült az áramlási időt megmérni, kifejezetten lassult volt: a vér egy normalis hosszúságú (400 mikron) capillarison 3–40" alatt haladt keresztül a normalis 1.0–1.6"-cel szemben. A lassú áramlás több esetben (3, 9, 17, 21, 25) stasissal váltakozott. A véroszlop 9 esetben (3, 4, 7, 9, 11, 12, 16, 23, 25) sok capillarisan szakadozott volt. A subpapillaris plexus többnyire jól áttűnt.

A kézhát capillarisai kisebb-nagyobb fokú tágulást mutattak s több esetben nemcsak a papillák csúcsának közepén voltak láthatók, hanem hosszabban voltak követhetők. Némely esetben a capillarisok és a jól áttűnő subpapillaris plexus által okozott összefüggő érrajzolat dominálta a képet, szemben a normalis körülmények között előtérbe nyomuló papillaris rajzollal.

Az ajakon valamennyi vizsgált esetben feltűnt az érhálózatnak és a capillarisoknak szabálytalan lefutása és elrendeződése, továbbá kisebb-nagyobb fokban tágult volta (4. ábra).

A bulbaris conjunctiván valamennyi betegben sűrűbb és kifejezetten tágult ér- és hajszálérhálózat volt látható s az erek lefutása általában hullámosabb volt (6. 7. és 8. ábra.) Ezenkívül a vér áramlása a capillarisokban lassultnak látszott. Az ajaknyálkahártya és conjunctiva mikrophotographiai az Orvosi Hetilap 1932. évfolyamának 43. számában ismertetett technikával⁴ készültek.

Capillarmikroszkopos vizsgálatokat Parrisius⁵ Scheerer⁶ és Mayer-List már 1924-ben végeztek glaukomában és az ujjak capillarisain ók is vasoneurosisra jellemző alakbeli eltéréseket találtak az áramlás szabálytalanságával és hosszantartó stasissal.

Betegeink belső szerveinek lelete általában negatív volt, kivéve az essentialis hypertoniában szenvedőket, kikben balra kissé nagyobb szívet, ékelt aorta II.-t találtunk, ezenkívül több esetben systoles zörejt az aortán. A 8. sz. glaukoma inflammatorium acutumában szenvedő betegnek nagyfokú gibbusa s ennek következtében erősen deformált mellkasa volt, nyakának és felső végtagjainak vénái teltek voltak s ennek megfelelően vénás nyomása is — a vena mediana cubitiben véres úton mérve — fokozott volt: 19 Hg. mm.

A szemészeti diagnosztika szerint 25 beteg közül glaukoma simplex volt 22-nek (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25) glaukoma inflammatorium acutum kettőnek (8, 9), glaukoma inflammatorium chronicum egynek (11).

Fentiek értelmében tehát valamennyi glaukomás betegünkön egészen kifejezett érrendszerbeli rendellenességeket találtunk. Ide tartozik elsősorban a reactiv hyperaemia késése és a bőrnyomásnak aránylag alacsony illetőleg mérhetetlen volta, amely eltérések hypertoniás glaukomásokon is kimutathatók voltak. A reactiv hyperaemiára vonatkozólag hangsúlyoznunk kell, hogy az általában oly nagyfokú késést mutatott, aminőt csak vasomotoros neurosis súlyos eseteiben és súlyos organikus érbetegségekben (arteriitis obliterans, skleroderma) szoktunk látni. Ugy látszik, hogy a glaukomások — és pedig úgy a hypertoniások, mint a normalis vérnyomásúak — rosszabb constitutiójú érrendszerrel rendelkeznek. Ennek felépítettsége, mint a capillarmikroszkopos vizsgálat mutatja körülbelül megfelel annak, amit vasomotoros neurosisban (vasoneurosis diathesis O. Müller) látni szoktunk. Glaukomások ujjának limbusán ugyanis, mint fent említettük, csavarodott lefutású hullámos szárú, részben tágult capillarisok láthatók, sok esetben spasmusos behúzódnásokkal és körülírt tárgulatokkal. Az áramlás általában igen lassú és sok esetben stasissal váltakozik. Ugyancsak vasoneurosisra jellemző hajszálérrelváltozásokat mutat a bőrfelület többi része. Az ajak nyálkahártyájának capillarmikroszkopos képe is körülbelül megfelel annak, aminőt L. Fischer⁷ vasoneurosis diathesisben leírt. A bulbaris conjunctiván talált érrelváltozások értékelése, bár azok részben vissza volna vezetendők vasomotoros neurosisra, már jóval nehezebb, mivel a glaukoma szemén az érrendszer nagyrészt másodlagosan bántalmazott a szem tensiójának emelkedése által előidézett vénás pangás következtében.

Mivel pedig glaukomás betegek ér- és hajszálérrendszerében testszerte igen kifejezett — leginkább vasomotoros neurosisnak megfelelő — elváltozásokat találtunk, azoknak a glaukoma keletkezésében — legalább, mint disponáló tényezőknek — nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk. Elsősorban érszpaszmokra gondolunk, főleg a szem vénás rendszerében. Ezek okozhatnának pangást és nyomásfokozódást (bulbus-tensio) a szemben. Közelfekvő már most az a gondolat, hogy a vénáknak lassan, fokozatosan kifejlődő spasmusos állapota glaukoma simplexhez, a hirtelen fellépő erős érszpaszus pedig glaukoma inflammatorium acutumhoz vezethet. Utóbbi feltevését az a régi tapasztalat is támogatja, hogy a glaukomás rohamot gyakran izgalom váltja ki, ami pedig rendellenesen működő vasomotorok mellett erős érszpaszust hozhat létre. Hogy pedig a glaukomások érrendszere különösen hajlamos spasmusokra, azt az ujjak capillarisain látható spasmusos befűződések kivül már maga a sok esetben észlelt akrocyanosis (főleg a kezeken) is bizonyítja. Utóbbinak kifejlődése ugyanis csakis a vénás rendszer spastikus állapotával magyarázható.

Összefoglalás.

Elsődleges glaukomában szenvedő betegeken megfigyelve a reactiv hyperaemiát, a vérnyomást, a bőrnyomást, továbbá elvégezve a capillarmikroszkopos vizsgálatot a bőrfelület több pontján, az ajaknyálkahártyán és a bulbaris kötőhártyán, azt találtuk, hogy ér- és hajszálérrendszerük úgy alakult, mint működés tekintetében igen kifejezett — leginkább vasomotoros neurosisnak megfelelő — rendellenességet mutat. Valószínűnek látszik, hogy az elsődleges glaukoma szoros viszonyban van az

egész szervezet peripheriás érrendszerének ezen állapotával.

Irodalom: 1. Herzog: O. H. 1928. 1096. o. — 2. O. Müller: Zárószó L. Fischer monographiájához (1. 7. sz. alatt). — 3. Herzog: O. H. 1929. 589. o. — 4. Mészáros: O. H. 1932. 975. o. 5. Parrisius: Münch. med. Wschr. 1924. 224. o. — 6. Scheerer—Parrisius és Mayer—List: Kl. Mbl. f. Augenhk. 1924. 73. k. 29. o. — 7. L. Fischer: Die Schleimhäute bei der vasoneurotischen Diathese. 1931. Enke. Stuttgart.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. belklinikájának közleménye (igazgató báró Kéty László ny. r. tanár).

A módosított ezüstnitrátos próba és alkalmazása a máj betegségeiben.*

Egyben adatok a konyhasóforgalom pathológiájához.

Irta: Rósa László dr.

A máj szerepe a konyhasóforgalom szabályozásában pár év óta foglalkoztatja a kutatókat. *Henri Thiers* 1929-ben közli, hogy a májcirrrosisokban a vér chloridtartalmát megfogyatkozottnak találta. 1930-ban pedig további eredményekről számol be. *Joshimaza Maruno* kísérletesen igyekezett phosphormérgezéssel májsérülést létrehozni és azt találta, hogy a májnak a chloridok kiválasztásában ugyanolyan fontos szerepe van, mint a veséknek, s a konyhasókiválasztást nem a reticulendothelialis rendszer, hanem a parenchyma végzi. Adatai szerint a chloridok az epében megfogyatkoznak, a vizeletben pedig megszaporodnak. Ezzel a mi eredményeink beteg májakban nem egyeznek. *Morishita* és *Hideo* a máj méregtelenítő hormonjával, a *Yakriton*nal végzett vizsgálatokat. Intraperitonealisan fecskendezett ammoniumchloridot oly nyulakba, amelyeknek mája ammoniákat kisfokban volt képes méregteleníteni. Az injectió után a vér chloridtartalma megszaporodott. Nagy méregtelenítő képességű máj esetében ez az emelkedés kicsiny volt. *Yakriton* kezelés után chloridtolerancia jelentősen fokozódott. *Ravdin* és *Morrison* kísérleti úton létrehozott epéütelzáras után a vérchloridok megfogyatkozását találta. E kísérletek alapján vizsgálódás tárgyává tettük, hogy májbetegségeknél a vizelet chloridtartalma miképpen viselkedik. Célunk volt, hogy abban az esetben, ha májbetegségek esetén a vizelet chloridtartalma változást szenved, azt egyszerű eljárással, esetleg színreactio segítségével kimutatni módunkban legyen. A konyhasó kicsapása a vizeletből legegyszerűbben ezüstnitrát segítségével végezhető. Konyhasómeghatározásoktól egészen függetlenül közölt 1922-ben *Buscaino* egy vizelet-reactiót, mellyel egyes elmebetegségeknek a kórismézését akarta lehetővé tenni. Eljárásában egyenlő vagy kétszeres mennyiségű vizelethez 5%-os ezüstnitrát oldatot használ, mellyel a vizeletet felfőzi. Állítása szerint serdüléssel elmezavar és heveny elmezavarodottság esetében a próba megfeketedik. A reactio mibenlétét úgy magyarázza, hogy a megbetegedések esetén a szervezetet mérgező aminok árasztják el. (Histamin, indolacetursav stb.) Az e közlemény megjelenése óta eltelt évtized számos harcot eredményezett, az utánvizsgálók (*Bostroem*, *Bettzieche*, *Büchler Pál* és számos olasz szerző) az olaszokkal szemben meglehetősen elutasító álláspontot foglaltak el a reactio értékét illetően.

Klinikánk beteganyagán, közel ezeröt száz esetben volt alkalmam a vizelet viselkedését ezüstnitráttal szemben vizsgálat tárgyává tenni.

*) Bemutatta a Kir. Magyar Orvosegyesület 1932 október 7-i ülésén.

E vizsgálatok eredményeképpen a *Buscaino*-féle eljárást szerző által megadott formájában értéktelennek kell minősítenünk. Fölös mennyiségű, de az esetek túlnyomó részében már aa. arányban kevert ezüstnitrát oldattal kivétel nélkül minden vizelet megfeketedik. A szükséges ezüstnitrátoldat mennyisége a vizelet konyhasó tartalmától függ, nagyobb konyhasótartalom esetén több ezüstnitrát oldat szükséges. Ép vizeletben van egy oly alsó határ, melynél kevesebb Ag NO₃ oldattal ez a feketedés nem hozható létre. Érdeklődésünket mindenekelőtt az foglalkoztatta, hogy a megfeketedést milyen anyag okozza. Ismeretes, hogy húgysav ezüstnitráttal összehozva az ezüstnitrát reductiója révén fekete színt ad. Húgysav minden vizeletben lévén, önkéntelenül merült fel a már *Bostroem* által felvetett gondolat, hogy a *Buscaino* által leírt reactióban a konyhasó védőszerepet tölt be. Addig, míg konyhasó elegendő mértékben van jelen, az ezüstnitrát chloriddá alakul át, mi helyt a konyhasó elfogyott, a feles ezüstnitrát egyesül a húgysavval. *Buscaino* azon ellenvetése, hogy a húgysav vizeletben nem oldódik, nem állja meg a helyét, mert bár igaz az, hogy a húgysav destillált vízben igen rosszul 1:39.500 arányban oldódik, ezzel szemben *His jun* és *Nicolaier* vizsgálatai óta tudjuk, hogy a vizelet kitűnően oldja. *Buscaino* második ellenvetése, hogy t. i. a húgysavnak olomacetáttal történő kicsapása után is megmarad a reactio a vizeletben, ellentmondást talál abban a tényben, hogy konyhasóval, vagy ammoniumchloriddal történő kicsapása után, az így telített vizelet szűrletében a húgysav többé nem mutatható ki és a vizelet a reactiót nem adja. A német utánvizsgálók (*Brechling* stb.) azon ajánlata, hogy a húgysavat előbb lúgban oldjuk, savval közömbösítsük és így demonstráljuk az ezüstnitrátos feketedést, nem használható fel, mert a szabadon maradó, bármily kevés számú OH-ionok az ezüsttel azonosan tömör, fekete csapadék alakjában reagálnak, de meg destillált vízzel is készíthető már olyan húgysav-oldat, mellyel feketedés elérhető.

Histamin sem sósavas sója alakjában, sem abból fel szabadítva, sem destillált vízben, sem vizeletben oldva nem feketedik meg. Mesterséges oldatok készíthetők konyhasó, húgysav és ammonia elegyítésével, mely alkatrészek oly arányban keverhetők, hogy ezüstnitrát hozzáadása után a különböző kóros vizeletek eltérő színreactióinak egész skalája utánosztható.

Az egyes testváladékok és szervkivonatok közül a feketedést sem vérsavóban, sem gyomornedvben, sem bélsár szűrletében létrehozni nem sikerült. Tudvalévő, hogy a vérsavóban szabad húgysav nincsen, az ott csak sói alakjában fordul elő (*Gudzent*, *Letschke*, *Nicolaier* stb.). Az a körülmény, hogy a reactiót a bélsár szűrlete nem adja, szintén megdönteni látszik azt az elméletet, hogy a reactiót bélsárból felszívódó aminok okozzák. Ezzel szemben jól adja a reactiót a duodenalis váladék, melynek egyik állandó alkotórésze a húgysav. A szervkivonatok közül sorra vizsgáltuk a máj, pankreas, a szívizom, a lép, a gyomor és a nemi mirigyek, a hormonok közül pedig a pajzsmirigy, a mellékpajzsmirigyek, a mellévesekéreg és az agyfüggelék váladékait. Ezek közül csupán a *Gaensslen*-féle májkivonat és a szívizom-kivonat feketedtek meg ezüstnitráttal.

E színreactio eltér az ezüstchlorid photochemiai elszínezésétől, mely csak világosban és percek alatt áll be, míg a megfeketedés másodpercek alatt és sötétben is elérhető.

A reactio úgy sávi mint lúgos közegben létrejön, érzékenysége a savanyítás mértékével csökken.

A reactio diagnostikai értékének kiaknázásához meg kellett állapítani azt az alsó határt, amelynél kevesebb

ezüstnitrátoldat ép vizeletben feketedést nem hozhat létre. Az alsó határt sikerült is megtalálni, s ezzel az eljárás diagnostikai értékének a megállapításához utunk szabadon állott. A vizsgálat során az a meglepő eredmény alakult ki, hogy a pozitívnak minősülő vizeletek nagyrészt májbetegségben szenvedő betegektől származtak.

Az eljárás menete a következő:

5 kémcsőbe sorrendben 1, 2, 1.5, 2, 5 ccm vizeletet teszünk. A vizeletekhez 10%-os AgNO_3 oldatból sorrendben 0.2, 0.2, 0.1, 0.1, 0.1, ccm-nyit adunk és megrázzuk. Ezután rázás közben erős Bunsen láng fölött vagy még helyesebben forró vízfürdőben 20–30 másodpercig forraljuk. Forralás után pár pillantig ülepedni hagyjuk. Negatív reactio esetén a kémcsővekben hófehér csapadék és afölött színtiszta, átlátszó vizelet látható. Positív reactio esetén a kémcsővek alján lila, barna vagy koromfekete csapadék képződik, a csapadék felett úszó folyadéknak a csapadékkal teljesen azonos szint kell mutatnia. A folyamat súlyossága szerint jön létre pozitív reactio az 1-től az 5-ik csőig. Több kórkép, mely lényegében nem májbaj, adja a reactiót, ha a folyamat érintkezési felületet talált a májjal. Ez esetben csak az első vagy második csőben van megfeketedés. A reactio érzékenységét úgy csökkenthetjük, hogy forralás előtt az egyes csővekbe 0.2 ccm tömény ecetsavoldatot teszünk. Ilyenkor, könnyebb esetekben a csővek mindegyikében negatív reactiót kapunk.

Ha így is kételyünk volna akkor az első csőbe forralás után kb. 6 ccm tömény salétromsavat teszünk, melynek hozzáadása után negatív reactio esetén fehér-színű tömeges, könnyű hópehelyszerűen a folyadékban úszkáló csapadékot kapunk, mely gyorsan leülepedik, könnyen felrázható és a felette levő folyadék legfeljebb halvány szalmasárga. Positív reactio esetén a salétromsav hozzáadása után igen finoman eloszló, suspensiószerű nagyon kevés (1–2 köbmilliméternyi) porszerű csapadékot kapunk, mely nehéz, a kémcső aljára tapad és nem rázható fel (színes).

A reactio pozitív minden fajtájú ikterusban, cirrhosisokban, epehólyagbántalmakban, pangásokban, lépmegegyesedések esetén, mindenütt, ahol a máj és lép tapintható, az első csővekben pozitív diabetesben, régi luesben és tuberkulosisban, csontvelőmegbetegedésekben, heveny fertőző betegségekben, ételmérgezésekben, rosszindulatú dagantokban, régi genyestő folyamatokban és 8–10 nap utáni teljes konyhasó megvonás esetén.

E reactio tehát mindenekelőtt ott mutatkozik pozitívnak, hol a máj, vagy a húgysav — konyhasó — ammoniaanyagforgalom zavara kimutatható. Az említett betegségek többsége sokszoros érintkezési felületet talál a májjal. Oly kórképek (l. vesebaj, uraemia, tüdőtuberculosis, anaemia pernicioza), melyek lényegileg nem májbajok, akkor adnak pozitív reactiót, mihielyt egy vagy más ok folytán a máj bekapcsolódik a folyamatba. A kórkép lezajlása után a reactio ismét negatív lesz, amennyiben a folyamat reversibilis volt. Ily szempontból tehát a reactiót körülbelül az a hely illeti meg a diagnostikában, mint pl. a fehérje kimutatását a vizeletben, mely akkor is megejthető, ha lázas, extrarenális eredetű megbetegedésről van szó, hol a vese reactiója csak másodlagos.

A reactio, — melynek diagnostikai értékét az idő és az utánvizsgálatok fogják megdönteni vagy igazolni — diagnostikai értékétől függetlenül messzemenő bepillantást enged a konyhasóanyagforgalom mechanizmusába. Az eljárás kidolgozása idején felhasznált nagyszámú vizelet konyhasótartalmának a meghatározása a munkával párhuzamosan haladt. Eredményeim ismertetése nem tar-

tozik e rövid beszámoló kereteibe. A húgysav viselkedésétől függetlenül is módomban van már ma azt a megállapítást közölni, hogy a konyhasóanyagforgalom zavart volta, mint láttuk, nem szorítkozik a minden tankönyv által klasszikusan emlegetett pneumoniás és vize-nyővel járó állapotokra, hanem igen előkelő szerepet tölt be a máj pathológiájában, hol olykor megdöbbenően csökkent konyhasókiválasztással állunk szemben. Új perspektíva nyílik meg előttünk és azt látjuk, hogy a konyhasó párosult ionjai az egész szervezet elektrolitos viszonyait átalakítani képesek, befolyásolják a PO_4 és SO_4 forgalmát, mint azt Bloch megállapította, immunbiológiai védőmechanizmusokban ott állnak a szervezet önfenn-tartási küzdelmében, mint azt Atria kimutatni tudta, fontos reguláló feladatát teljesítik az allergiás állapotokban és jelentős tényezőként lépnek fel a szénhydrat-anyagforgalomban, különösen pedig a vér cukortükrének a kialakulásában, mint ezt Ni, Jerzy-Glass és Beiless vizsgálatai felderítették. Ha hozzávesszük azt, hogy így a mi vizsgálataink tanúsága, mint az összes szerzők (Underhill, Mere, Kapsinow, Landau, Jersey-Glass) megállapítása szerint a szervezet konyhasótükrére rendkívül stabil és a legerőszakosabb étrendi megszorítások esetén is depot-jának több mint egyharmadrészét feláldozva, közel egy héten át tartja meg e stabilitását (másszóval reactiónk negativitását), azt kell mondanunk, hogy ez eddig kissé elhanyagolt terület művelése eredményekkel kecsegtet, Bizom abban, hogy az eredmények számos eddig ismeretlen kórélettani folyamat megértéséhez fognak közelebb vezetni bennünket.

A székesfővárosi Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkorház közleménye (vezető-főorvos: Flesch Armin egy. magántanár).

Sárgasággal járó tüdőgyulladások.*

Irta: Szarka Vilma dr. kórházi orvos.

A tüdőgyulladások lefolyása alatt rendkívül ritkán sárgaság jelentkezhet. Ritkasága dacára is már a régi idők orvosai előtt is ismeretes volt ezen szövődmény és ennek jelentősége. Mutatja ezt, hogy nem csak hogy felvettek egy külön alakot, a pneumonia biliosat, hanem a lefolyás súlyos voltát is ezekben az esetekben a sárgaságra vezették vissza. A sárgaságnak különös jelentőséget tulajdonítottak, sőt a tüdőlob gyakori oka gyanánt is a sárgaságot tekintették. A XVIII. században különösen Stoll mutatott rá a pneumonia biliosa rosszindulatú sajátosságaira. Voltak, akik az évszázakkal hozták összefüggésbe, így Traube Berlinben főleg nyáron észlelte. De voltak kiváló klinikusok, mint Oppolzer és Lebert, akik sohasem észleltek pneumonia biliosát.

Az újab belorvosi tankönyvek különbözőképpen nyilatkoznak róla. Csak megemlítjük, hogy Herzog szerint az astheniás pneumoniában fordul elő; mások nagyon ritkának jelzik. Domarus szerint pedig a köztakaró csekélyfokú sárga elszíneződése különösen a jobb alsó lebeny gyulladásánál gyakori és ennek nincs is jelentősége, míg az astheniás pneumoniában előjövő erősebb fokú sárgaság a súlyos fertőzésnek jele. Az ilyen icterussal járó eseteket — amint tudjuk — pneumonia biliosa névvel jelölik. Ezek gyakran súlyos gyomor-bél-tünetekkel (hányás, hasmenés, meteorismus), továbbá súlyos idegrendszerbeli tünetekkel (elesettség, deliriumok) járnak.

Különösen ritkán észlelhetünk sárgaságot a tüdőgyulladás lefolyása alatt a gyermekkorban. Hogy meny-

*) Előadatott a Magyar Gyermekorvos Társaság 1932. évi nagygyűlésén.

nyire ritkán, mutatja, hogy a Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkorházban 900-on felül észlelt tüdőgyulladásos eset közül csak ötször észleltünk sárgaságot. A gyermekorvosi irodalomban alig foglalkoznak ezzel a kérdéssel. A tankönyvek közül *Pfaundler-Schlossmann* III. kiadása, továbbá *Feer* meg sem említi. *Heubner* az acut lobaris pneumoniánál említi meg, hogy súlyos esetekben sárgás bőrelszíneződés, hasmenés, májmegnagyobbodás mutatkozik és epefesteny mutatható ki a vizeletben. Ez a tüdőgyulladás adynamiás, vagy biliosus alakja. Ezeket az eseteket elveszítette. Ezzel szemben *Hutinel* szerint észleltünk hepatist icterussal, mint attenuált fertőzés következményét. Ugyanezt látjuk *Finkelsteinnél*, aki a gripés tüdőlobnak a croupus pneumoniák képében lezajló csoportjánál megjegyzi, hogy „sárgaság is előfordul olykor (gelegentlich), a kórjóslatra azonban a megjelenésének nincs befolyása”. *Comby* szerint „la pneumonie bilieuse et icterique soit presque inconnue dans l'enfance”.

Az elmondottak után fontosnak tartottuk, hogy a Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkorházban észlelt öt ilyen súlyos icterussal járó pneumoniáról beszámoljunk. Ezek kórtörténetének rövid kivonata a következő:

I. K. György. 13 hónapos. Felv.: 1922. február 23-án. 4 nap óta beteg. Gyengén fejlett és táplált. A bal felső tüdőlebeny infiltrált. A felvételiutáni 8-ik napon a jobb felső lebeny infiltrációja is megállapítható, ugyanakkor a bőr és sclerák *intensiv sárga elszíneződése* mutatkozik. A máj, amely felvételnél egy harántujjal haladta meg a bordaívet, most három harántujjal haladja ezt meg. A lép is tapintható. *Híg acholiás székletek. A vizeletben epefesteny mutatható ki. Serum-bilirubin 1.2 mg.* A sárgaság 3 nap múlva halványodni kezd. A felvételt követő 14-ik napon a jobb középső lebeny infiltrációja is kimutatható. A 15-ik napon exitus. Sectio: Bronchopneumonia disseminata lobi inferioris pulm. lat. dextri. Pleuritis fibrinosa lat. utr.

II. I. József. 5 éves. Felv.: 1931. XI. 22. Négy nap óta lázas, nyögve lélegzik. Közepesen fejlett és táplált. A jobb alsó tüdőlebeny felett rövidült kopogtatási hang, kis hólyagú zörejek. Vizeletben: fehérje pozitív; üledékben sok vörös és fehér vérsejt, sok szemcsés, néhány hyalin-cylinder. A felvételt követő 7-ik napon a láz kritikusan leszáll, a köztakarón, a sklerákon kifejezett icterus. *Serum-bilirubin 0.90 mg.* Az icterus 2 napi fennállás után elhalványul. Az icterus megjelenésekor a vizelet epefestenyt is tartalmaz. A tüdőlob kapcsán kifejlődött veselob is gyógyul 4 hét alatt.

III. M. Mária. 19 hónapos. Felv.: 1932. február 4. Egy hét óta nehezen lélegzik, lázas, köhög. Közepesen fejlett és táplált. A jobb alsó tüdőlebeny felett tompult kopogtatási hang, hörghi légzés. A felvételt követő harmadik napon sárgaság lép fel; ismételt hányás, hígabb székletek. A 6-ik napon a láz lytikusan megszűnik, a sárgaság eltűnik. A következő napon a láz ismét felszökik 39.2°-ra. Otitis media. III. hó 24-én gyógyultán távozik.

IV. Sz. Sándor. 1 éves. Felv.: 1932. április 2. Egy hét óta lázas, köhög. Közepesen fejlett, gyengén táplált. Igen nyugtalan; kifejezett tarkómerevség, feszes kutacs. A bal alsó tüdőlebeny felett tompulat, hörghi légzés. Lumbal-punctiónál fokozott nyomással vizeszta liquor ürül. Pándy negativ. A felvételt követő második napon a köztakarón, sklerákon kifejezett icterus látható. A vizelet zöldessárga, epefestenyt tartalmaz. *Serum-bilirubin 1.75 mg.* (Közvetett reactio.) Az icterus 2 napig tart. A felvételt követő 5-ik napon exitus. Sectio: Meningitis serofibrinosa basilaris et convexitatis. Bronchopneumonia confluens lobi inf. pulm. sin.

V. N. Veronika. 3 éves. Felv.: 1931. január 3. 10 nap óta köhög, lázas. Közepes fejlettség. Sárgán elszíneződött bőr és sclerák. A jobb középső lebeny infiltrált. A máj 2½ ujjal meghaladja a bordaívet. Igen elesett, reflexek alig válthatók ki; vadászkutyafekvés. Vizeletben fehérje pozitív, epefesteny pozitív. Az icterus háromnapi fennállás után megszűnik. A bejövétel utáni 7-ik és 8-ik napon láztalan, majd a hőmérsék ismét emelkedik, jobboldalon empyema fejlődik. III. 31-én gyógyultán hagyja el a kórházat.

Ha eseteinket áttekintjük, látjuk, hogy a sárgaság különbözőkorú egyénekben jelentkezett: a legfiatalabb egy-

éves volt, ezután egy 13 hónapos, 19 hónapos, hároméves és a legidősebb ötéves volt. Tehát három volt 2 éven alul s kettő volt annál idősebb. Nagyobb gyermekek nem észleltük. Eseteinkben a pneumonia 9—11-ik napján látuk a sárgaság fellépését, egy esetben nem tudjuk megállapítani pontosan. A sárgaság elég intensív volt és 2—3 napig tartott.

Mering tankönyvében említi, hogy leggyakoribb a sárgaság a jobb alsó tüdőlebeny infiltrációjában. Eseteink lebenszerinti megoszlása: egy migráló pneumonia, két jobb alsó, 1 bal alsó, 1 jobb középső lebeny-pneumonia. Hányást, hasmenést csak 2 esetben észleltünk, ezek közül az egyik exitált.

A kórjóslat szempontjából nem állíthatjuk, hogy feltétlenül gonoszindulatú, mert látjuk, hogy 3 gyógyult, 2 exitált, épp a két legfiatalabb.

Nagyon nehéz határozott feleletet adni arra a kérdésre, miként magyarázzuk a sárgaság kifejlődését a tüdőlobokban. Az irodalomban sem találkozunk e tekintetben egységes felfogással. Így *Müller* szerint a kórokozók az epeutakba is eljutva gyulladás és átjárhatatlanságot idéznek elő. *Herzog* a fokozott vörösvértestszétesést okolja a sárgaság keletkezéséért. *Bittorf* szerint a pneumonia biliosánál haemolytikus icterus forog fenn. Ezt bizonyítják az erősen festenyzett székletek sárgaság mellett, továbbá, hogy a vizeletben bilirubin és urobilin mutatható ki és a vörösvértestek resistentiája is csökkent. Legalább is a májsejtek toxikus functiováltozását nem lehet szerinte kizárni. *Brugsch* is így nyilatkozik és csak betegségi tünetnek tekinti, mely egyszer kifejezettebb, máskor kevésbé kifejezett. A fokozott vörösvértestszétesés nemcsak a májban történik tüdőlobban, hanem anhepatikusan és első sorban a lépben is történik. *Leichtenstern* szerint nem mindig azon alapul a sárgaság, hogy a ductus choledochus elzáródik, mert csak az esetek egy részében szintelenek a székletek, hanem éppúgy, mint más sárgasági alakokban, vagy a finomabb epeutak hurutja, vagy a májsejtek parenchymás degenerációja, vagy fokozott vörösvértestszétesés forog fenn.

Eseteinkben, — amint láttuk —, súlyosabb gyomorbél-tüneteket, kivéve két esetet, amelyekben ezek a tünetek mérsékeltek voltak, nem észleltünk. A vizeletben epefesteny volt mindenik esetben és a székletek is kevesebb epefestenyt tartalmaztak s ezért az okot a májban kell keresnünk. Hogy azután hurutos elváltozás forgott-e fenn cholangitis alakjában, vagy hepatitis, nem tudjuk, de bizonyos, hogy eseteinkben az icterus nem volt haemolytikus. Azokban az esetekben, amelyekben gyomor-bélzavarokat is láttunk, okozhatta a sárgaságot tovaterjedő choledochitis. Más eseteinkben a tüdőlobos méreg súlyos májsejt-elváltozást is idézhetett elő és ezek működési zavarára kell a sárgaságot visszavezetnünk.

Összefoglalás: 1. A sárgaság a tüdőlob lefolyása alatt a gyermekkorban rendkívül ritka; nagy anyagon öt ízben észleltük. 2. A kórjóslat nem mindig rossz, mert öt esetünk közül három gyógyult. 3. A sárgaság oka valószínűleg nem egységes. Eseteinkben az semmi esetre sem alapulhatott fokozott vörösvértestszétesésen és az okot magában a májban kellett keresnünk.

Irodalom: *Brugsch:* Lehrb. d. inn. Med. 955. — *Domarus:* Grundriss d. inn. Med. 1928. 57. — *Fraenkel:* Spez. Path. und Ther. d. Lungenkrankh. 1904. 319. — *Heubner:* Lehrb. d. Kinderheilk. II. 284. — *Hutinel:* Les maladies des enfants. IV. 213. — *Finkelstein:* Lehrb. d. Säuglkrkh. 576. — *Grancher-Comby:* Traité des maladies de l'enfance. — *Mering:* Belgyógyászati tankönyv. — *Jendrassik-Herzog:* A belorvostan tankönyve.

A Pázmány Péter Tud.- Egyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Intracutan injectio hatása csecsemők súlygörbéjére.

Irta: Surányi Gyula dr. egyetemi tanársegéd.

Az intracutan injectio az aspecifikus ingerek módjára hat. Ezek hatásukat főként a vegetatív idegrendszer útján fejtik ki, két phasist különböztetünk meg: az elsőt fokozott fehérjeszételés, vérnyomásemelkedés, anyagcse-refokozódás és leukocytosis, tehát az ugynevezett sympathikotoniás tünetcsoport jellemzi, míg a második phasisban a vagotoniás tünetcsoport mutatkozik. Egyrészt az ingerként alkalmazott anyag minősége és mennyisége, másrészt a szervezet alkati és pillanatnyi állapota szerint az egyes szakaszok időben és intenzitásban változó módon jelentkeznek. A bőr rétegei közé történő injectióban az első szakasz kiváltója *Török* nyomán a histamin, míg a második phasis hatásmódját nem ismerjük, a nyaki gerincvelő átvágása után azonban elmarad, tehát a központi idegrendszer útján jön létre. *Löwenstein W.* különböző pharmacologiai hatástalan anyag intracutan befecskendezésének hatását vizsgálta az alapanyagcserére. Azt találta, hogy az mintegy 10 perc múlva előzetes emelkedés nélkül változó mértékben, de többnyire jelentéketlenül (30—40%) több órára terjedő ideig csökken. Eszerint a kísérletekben csak a második, vagotoniás hatás mutatkozott. Az utánvizsgálók oly értelemben helyesbítették ezt a közlést, hogy az alapanyagcseresökkenés csak az esetek egy részében áll be, míg más esetekben éppen ellenkezően az alapanyagcsere emelkedik. Ez az eredmény jobban is illik bele a vegetatív hatásról adandó képünkbe. Ugyancsak a vegetatív idegrendszer reakciójával magyarázza *Somogyi* azt az érdekes közlést, hogy cutan tuberculinkezelésre, azon esetekben, midőn a beteg a kezelés után fokozott vagustonus tüneteit mutatta (vérnyomás-, pulsus-, hőmérsékcsökkenés) 24 óra múlva tetemes, 300—1000 gr-ig terjedő súlygyarapodást észlelt.

A csecsemőkori fejlődés kielégítő voltának egyik legfontosabb ismertetőjele a súlygörbe. Különböző okok eredményezhetik tartós stagnálását, ellaposodását, vagy éppen reversióját. Azt vizsgáltam, hogy súlyukban tartósan álló s súlygyarapodásra a vizsgálat időpontjáig nem bírható csecsemők súlygörbéjére van-e az intracutan injectio hatása. 12 csecsemőnek 50 esetben fecskendeztem 0.1—0.2 cm-nyi hypotoniás cukoroldatot intracutan. Bajuk különböző volt: atrophia, decompositio, stb. Rend szerint azonos táplálékot kaptak az injectio napján, mint a megelőzően hét alkalommal caloriában gazdagabb, négy esetben szegényebb táplálékot kaptak. Az 50 eset közül 43 alkalommal következő napon súlygyarapodást észleltünk, 7 esetben súlycsökkenést. Ez utóbbi csoportban négyszer azonos, kétszer több, egyszer kevesebb táplálékot kaptak a csecsemők. A kezelt 12 csecsemő közül 9-nek fejlődési quotiense 1-nél kisebb volt. Néhány csecsemőnek sorozatosan adtam az injectiókat, így egy 0.65-ös fejlődési quotiensű 4 hónapos csecsemő 4 egymásutáni napon adott intracutan injectióra teljesen azonos táplálék mellett 250 gr-ot gyarapodott. Egy másik csecsemő 2 egymásutáni napon kapott injectiót, naponként 40 gr súlytöbbletet mutatva. Vátlózatlan táplálék mellett a következő nap nem kapott injectiót. Másnap súlya 30 gr-al csökkent, ekkor ismét kapott injectiót. 24 óra múlva 60 gr-al nehezebb volt. A legnagyobb súlyemelkedést egy 0.70-es fejlődési quotiensű csecsemőn észleltük: 130 gr-ot, míg a legnagyobb súlyesést egy hypodrolabil 1.5-ös quotiensű gyermekben 60 gr-nyi volt. Ujból hangsúlyoz-

zuk, hogy az itt közölt adatok kivétel nélkül oly csecsemőktől származnak, akik az injectiót megelőző időben tartósan álltak súlyukban. Mindazonáltal ha az intracutan injectio therapiás hatását mérlegeljük, nem hagyhatunk figyelmen kívül 2 körülményt. Egyik az, hogy bármilyen javító hatás csak a csecsemő mennyiségileg és minőségileg kielégítő táplálása mellett képzelhető el. Másrészt, hogy csecsemőnek természetes életnyilvánulása a súlygyarapodás. Azt pedig hogy egy helyes diatétán tartott csecsemő reparatiós szaka mikor végződik s mikor indul meg a súlygyarapodás minden egyéb beavatkozás nélkül, azt nagyon nehéz előre megállapítani. Mindazonáltal arra tekintettel, hogy a súlygörbe stagnálása miatt gyakran fordulunk a diatétis therapián kívül egyéb segítő, javító eljárásokhoz, mint illet, tekintve teljesen veszélytelen és egyszerű voltát, ezt az eljárást is ajánlhatni véljük, annál is inkább, mert a tartósan stagnáló sorvadásos csecsemőkön a therapiának legkülönbözőbb módjait vagyunk kénytelenek alkalmazni s az egyik esetben bevált eljárás máskor cserben hagy. Az intracutan injectio hatásmódjára vonatkozóan valószínűleg a vagustonus fokozódására bekövetkező szöveti vízviasszatatrásról van szó. Megfigyeltük, hogy míg egyszer az intracutan injectio helye hamarosan eltűnik, addig máskor igen élénk bőrpír s nem ritkán az injectio következtében anaemiás területnél jóval nagyobb, urticaszerű oedema jelentkezik. Ez is a vegetatív inger változó jellegű reakciójára mutat.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Cukorbeteg ikterusa. *Steinitz*, (D. Med. Wschr. 1932. 40. sz.)

Feltűnő a diabetes mellitus és az icterus gyakori egyidejű előfordulása. Valószínűleg a diabetes anyagcserezavarra gyengíti a májnak az infectiósus behatásokkal szembeni ellenálló-képességét. A folyamat aránylag nagy májduzzanattal és magas vérbilirubin tartalommal szokott lefolyni. Emellett subjectív tünetek (bőrviszketés, étvágytalanság, gyengeség) aránylag csak kis fokban jelentkeznek.

Kleiner György dr.

A colitis gravis kezeléséhez. *Prof. Schottmüller*: (D. Med. Wschr. 1932. 40. sz.)

A colitis gravis képeinek előterében véres-nyákos széklürölések, hőemelkedések és előrehaladó gyengeség áll. Gyakran exacerbatiók és remissiók változnak egymással. A fájdalmakat a bél peristaltikus mozgásai okozzák.

Therapiája úgy az étrendet, mint a gyógyszeres kezelést illetően meglehetősen reménytelen volt. *Rachwalsky* vértransfusiók kezelése némi haladást jelentett. *Schottmüller* ferrum reductum adásából tapasztalt ismételt feltűnően jó eredményt, különösen, ha a folyamat elején adta azt. Talán a vérkép javulásával a bélműködés is jobban szabályozódik.

Kleiner György dr.

Abortív poliomyelitis. *Paul Salinger és Trask*. (Yourn. Med. Assoc. 1932. jún. 25.)

Általános tapasztalat, hogy újabb esetek ritkán fordulnak elő olyan családokban, ahol poliomyelitis beteg van. Egy járvány alkalmával 222 olyan családöt tanulmányoztak, ahol poliomyelitis megbetegedés fordult elő és megfigyelték a családban levő többi gyermek enyhébb betegségeit. Ezek a betegségek három csoportra oszthatók. Ugymint: a) acut lázas állapot, fejfájással, torokfájással, hányással, amelyek 24—36 óráig tartott, de utána még egy pár napig rossz közérzet okozott; b) enyhe, hurutos tünetek a légzőutak részéről vagy bélhurut, mindkettő láznélküli, c) klinikailag jól megállapítható egyéb betegségek, mint például pertussis stb. amelyek nem hozhatók összefüggésbe a poliomyelitissel. Az a) és b) alatti enyhe megbetegedések a vizsgált esetekben teljesen hasonlóak voltak a poliomyelitis kezdeti szakához. Idejük közel esett a családban levő poliomyelitis eset megbetegedési idejéhez és a betegek koreloszlása hasonló volt a poliomyelitis esetekéhez. Kisebbségben tanulmány tárgyává tették az egész lakosságot és azt tapasztalták, hogy a poliomyelitis esetekkel egyidejűleg az enyhe megbetegedések is nagy számban léptek fel a gyermekek között és ará-

nyuk 1 : 6 volt. Ha ezeket az eddig enyhe megbetegedéseknek nevezett eseteket abortív poliomyelitisnek nevezzük, akkor az utóbbiak számát a bémúlt esetek hatszorosára kell tennünk. Az abortív esetek közül 12-ben laboratoriumi kísérletet is végeztek és kettő közülük pozitív eredményt adott. Az orr és garat váladékkal beoltott majmok klinikai képe és a sectio is poliomyelitist bizonyított.

Petrilla dr.

Sebészet.

A „periarthritus humero-scapularis”ról. Milner, Leipzig. (Zentralbl. f. Chir. 1932, 43.)

Az ú. n. fájdalmas vállmerevségben, csakúgy, mint minden más fájdalmas ízületi bajban, nagyon fontos, hogy a lehetőség szerint megkülönböztessük a merevséget az „akadályozottság”-tól. Azonkívül az eddiginél nagyobb figyelmet kell fordítanunk a fájdalmas vállizületi merevség leggyakoribb keletkezési helyére, az acromion és kulcsont közötti ú. n. kis vállizületre. Általában „a” vállizületről szokás beszélni, holott csak a négy-öt vállizület összessége magyarázza az emberi vállöv tág mozgékonyosságát és beteges zavaraikat. A Duplay által periarthritis humero scapularisnak elnevezett idült, hegesező kötőszöveti gyulladás, mely a nagy vállizület körül játszódik le, szerző szerint bizonyára csak kis jelentőséggel bír. Lehet, hogy Duplay eseteiben a delta-izom alatti és a környékre áterjedő rheumás vagy más infectiózus nyálkatömlőgyulladások szerepeltek. A „periarthritus humero scapularis” fogalma kezdettől fogva tisztázatlan volt és már sok tévedésre okot adott a gyűjtőelnevezés, melyet csak azon kivételes esetekben szabadna használni, amikor az tényleg jogosult. Régebbi közlések kiegészítése-ként szerző is megerősítheti azt a felfogást, mely szerint a fájdalmas ízületi korlátozottságnak igen sok tisztázatlan esetben a kis vállizület rheumatismusa az oka. De a válltájék direct, vagy indirect sérülései utófájdalmai is nagyon gyakran a kis vállizület bántalmazottságában birják okukat. Még kicsiny sérülések, vagy erősebb erőltetések vagy megfázások után is hamarosan nagy mértékben fájdalmassá válhatik a vállizület, különösen akkor, ha a főképpen nőknél gyakori általános ideg-rheumatismus ráterjed a vállizület tokjára. Szerző erre az ideg-rheumatismusra nagyon nagy súlyt fektet, sőt még azt is lehetségesnek tartja, hogy a hozzá társuló edényrheumatismus az utolsó évtizedek embolia megszorodásának is oka lehet.

Marx József dr.

A skopolamin—eukodal—ephetonin, mint basisnarkotikum és veszélyei. Zielke, Berlin—Landau. (Zbl. f. Chir. 1932. 43.)

A skopolamin-eukodal-ephetonint csak mint basisnarkotikumot használják, úgy, hogy teljes narkosist most már nem érnek el vele. Azokban az esetekben, amikor a rossz általános állapot miatt csak a gyengébb adagot adják, tulajdonképpen csak a műtét előkészítésére egy bizonyos formájáról lehet beszélni. Így a fenti skopolamin kombinációt jobbnak tartják a morphiom— vagy pantopon előkészítésnél, mert még ilyen kicsiny skopolamin adagok is nagyon jól hatnak pszichikusan, és mert az így előkészített betegnek kétségkívül kevesebb aether kell adni. Különös elővigyázat szükséges rák-betegeken és olyanokon, akiknek vese- vagy májfunkciója nem teljesen kifogástalan. Az eddig tapasztalt jó eredmények alapján ajánlják ezt a módszert műtét előkészítése-ként és basis narkoticumnak.

Marx József dr.

Szülészet.

Az emberi pete beágyazódása a méhnyálkahártyába. M. B. Ochsee és A. Tholen. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 92. k. 3. f.)

A 14 naposnak becsült pete szövettani vizsgálatakor a Leopold által elnevezett „fibrindugasz” szépen látható. Ebben az esetben is bizonyítva látszik, hogy a pete a méhnyálkahártyába beágyazódásakor sérülést és így vérzést, majd fibrin kiválást („sebváladék” Hoeven) idéz elő. Esetükben a pete nem nyálkahártyaredőbe ágyazódott be, tehát az a felfogás, hogy a beágyazódás mindig nyálkahártyaredőben történik, részükről nem bizonyítható. A pete által okozott folytonossághiányt a deciduában sokkal nagyobbban (1.36 mm) találták, mint mások (0.3 mm). Az a nézet, miszerint a pete bolyhai segítségével kerülne a tubán keresztül a méhüregbe (S. Heukelom), nem látszik valószínűnek. Ugyanis fiatalabb petéket (abortus peték) nem fedik teljesen a bolyhok, a nagyobbakkal ellentétben. Az in situ vizsgált pe-

tében sem lehet mindenütt bolyhokat találni. Ilyen petéknek a decidua capsularis felé eső részén a bolyhok többnyire hiányoznak. A készítményen talált egyéb észlelései a korábbi vizsgálatok észleléseivel megegyezők.

Stefancsik Szilárd dr.

Évszakok hatása a terhesség időtartamára embereken. Keringer—Guggenberger. (Zbl. f. Gyn. 1932. 36.)

Küstner után a müncheni női klinika fejlapjaiból, részben kontrollált esetekből állítja össze anyagát. 500—500 téli (XII. 15—I. 31.) és nyári (VII. 1—VIII. 15.) elsőszülött kihordási idejét, súlyát és hosszát hasonlítja össze. Bár az összehasonlításból az tűnik ki, hogy a nyáron született gyermekek kihordási ideje kb. 6 nappal hosszabb, az átlagos hosszuk és súlyuk is nagyobb, mint a télen születendő gyermekeké, a szerző Küstnerrel ellentétben arra a megállapításra jut, hogy egyedül a gyermekágyi lapokból összeállított bizonytalan adatok alapján nem lehet ezt a problémát megoldottnak venni.

Kolbe Lajos dr.

Az Aschheim—Zondek reactio jelentősége a méhenkívüli terhesség klinikájában. Hirsch—Hoffmann. (Klin. Wschr. 1932. 43.)

Az Aschheim—Zondek reactio positivitása attól függ, van-e a szervezetben valahol élő chorialis elem. Ezek elhalásával a reactio negatívvá válik. A reactio a méhenkívüli terhesség diagnózisában fontos szerepet játszik: ha kétszer pozitív, úgy az eset operálandó, még akkor is, ha a punctio méhenkívüli terhesség ellen szól, viszont negatív eredmény esetén conservativ kezelés csak akkor végzendő, ha egyébként a diagnózis nem szól biztonsággal méhenkívüli terhesség mellett. Különösen fontos a diagnózis szempontjából a reactio gyorsított methodusa. A reactio méhenkívüli terhesség esetén még hetekkel a vérzés megindulása után is pozitív lehet, azonban a positivitás a vérzés óta eltelt idővel párhuzamosan fokozatosan csökken.

Liebmann dr.

Urologia.

Adatok a húgykőbetegségek pathológiájához és klinikumához. — A kőbetegségek geographiája és gyakorisága. Grossmann W. (Zschr. f. Urol. Chirur. 1932. 35. k. 1—2. f.)

A történelmi áttekintést megnehezíti azon körülmény, hogy a régebbi irodalomban húgykő alatt majdnem kizárólag a hólyagkővet értették és a röntgen-kutatás előtti ureter- és vesekővek diagnózisra igen bizonytalan volt. Az utolsó 10 év közleményeiből kitűnik, hogy Közép-Európában az oxalat-kővek percentszáma rendkívülien megnőtt, ezen tényt a szerző maga is tapasztalta. A geographiai elterjedésben 3 csoportot különböztet meg. 1. csoport: a primitív népek, elsősorban Afrika négerlakta területe, ahol a kőbetegség újszólván ismeretlen. 2. csoport: a régi kulturájú, de még ma is alacsony civilizációjú országok, így India, Kína, ahol a kőbetegség nagy mértékben elterjedt, főleg a gyermekkorban és megjelenés formájában leggyakoribb a hólyagkő. 3. csoport: a föld magas kulturájú és civilizált vidékei, azaz Európa és a fehér-ember lakta kulturvilág, Észak- és Dél-Amerika, stb. ahol a kőbetegség szintén elterjedt. Dominál a felső húgyutak concretuma és előfordulásában a gyermekkor ritkaságszámba megy.

Az újabb irodalomból, valamint saját anyagából megállapítja, hogy Közép-Európában a kőbetegség abszolút számokban is megszorodott. Mennyiségileg feltűnő az oxalat-kővek relatív számának felszökése (55—60%) az ureter-kővek jóval gyakoribbak lettek, viszont hólyagkőveket ritkábban talált. A gyermekkori kőbetegség vesztett jelentőségéből.

Szold Endre dr.

Adatok a vesetok idült gyulladásának (perinephritis) klinikumához. Schwarz O. (Zschr. f. Urol. Chirur. 1932. 35. k. 1—2. f.)

Felhívja a figyelmet a perinephritis kórképre különösen azon esetekben, midőn a húgyutakban fertőzés már nem mutatható ki, vagy a góc biztonsággal nem localizálható. A diagnosztika igen nehéz, mivel a kórkép változatos. A teljesen negatív lelettel a legsúlyosabb elváltozásokig, a jó vese-functiótól és ép pyelogrammtól, teljes vese-kiesésig az elváltozások minden fokát megtalálják. Fontosnak tartja minden esetben az alapos klinikai vizsgálatot. A kiválasztásos pyelographia lényegesen megkönnyítette a perinephritis diagnosztikáját. Nevezetesen a peripyelitikus és periureterikus folyamatban szenved legjobban a húgyutak dinamikája. Az így

létrejött tonusváltozásokról a kiválasztásos pyelogramm ad lényeges felvilágosítást. Beismeri, hogy adódik eset, hol az intravenás pyelographia sem vezet célra.

9 körtörténetben szemlélteti a perinephritis változatos képét s azokat decapsulatioval oldotta meg sikerrel.

Szold Endre dr.

Gégészet.

A stryphnonnak, mint vérzéscsillapító szernek helyes alkalmazása. Demel R. (Zbl. f. Gyn. 1932.)

A stryphnon-gaze jól alkalmazható oly parenchymás vérzések megszüntetésére, melyek más módon nem csillapíthatók. A stryphnon-gaze azonban csak a műtét tartama alatt hagyható benn s az operatio befejezése után feltétlenül eltávolítandó, vagy jodoform-gaze-vel helyettesítendő.

Bajkay Tibor dr.

A gégeexstirpatio szokott módjának megváltoztatásáról. Wojatschek W. J. (Mtschr. f. Ohrenhk. 1932. 66. é.)

Szerző új eljárást közöl, mely a gégedaganatok kiirtásában jól bevált. Medianmetszést ejt a nyelvcsonttól a szegycsontig. A pajzsmirigy isthmusát szabaddá teszi és átmetszi. A tracheát a gyűrűporc alatt átvágja, majd a bőrsebre varrja. Ezután megnyitja a gégét, hogy a tumor kiterjedése felől tájékozódhassék s eldönthesse, hogy totalis vagy partialis exstirpatióra van-e szükség. Előbbi esetben a gége hátsó falát átmetszi s mindkét gégefelet skeletizálja. Mindkét gégefél, továbbá a hozzátartozó pharynx - és oesophagusfal exstirpatiója után áttekinti a nyelvgyököt s a pharynx magasabban fekvő részeit, melyeket szükség szerint szintén eltávolít. Az esetek többségében az epiglottist is el kell távolítani. A seb réteges zárása után a műtétet a gyomorsonda és a canule bevezetésével fejezi be. Az ereket szükség szerint leköti; provisorikus ligatúrát nem alkalmaz. Ha a mirigyek kiirtásához az eredeti metszés nem elegendő, akkor a musculus sternocleidomastoideus mellső széle mentén hosszanti segédmetszést ejt. A műtétet lehetőleg helyi érzéstelenítésben végzi. Operatio alatt szükségesnek tartja a gyakori műszer- és kesztyűváltást. Gondot fordít arra, hogy a tumort műtét alatt ne sértse meg s az inoculatiót elkerülje, mert ezen levővígyázzal a recidivák számát csökkenti. Szerző több oly esetéről tesz említést, melyek legalább öt éve recidivamentesek.

Bajkay Tibor dr.

Szemészet.

A röntgen- és Bucky-sugaraknak keratitis parenchymatosára gyakorolt hatásáról. F. R. Grad. (Kl. Mbl. f. Aughk. 1932. 89. k. 446. o.)

A röntgensugaraknak keratitis parenchymatosára gyakorolt hatásáról sokan számoltak be. Jó eredményeket csak a szerzők egy része látott. 10 esetben végzett röntgenbesugárzás keratitis parenchymatosában pozitív WR. mellett. Ellenőrzésképen 27 olyan esetet is átvizsgált, ahol röntgenbesugárzás nem történt. Tapasztalatait a következőkben foglalja össze: A röntgenbesugárzás nem befolyásolja kedvezően a keratitis parenchymatosus lefolyását. Ha egyes akut esetekben meg is rövidíti a betegség lefolyását, a röntgen-katarakta keletkezésének veszélye szerző szerint contraindikálja a sugárzás alkalmazását. A lueses folyamatok röntgensugarakkal történő kezelése egyébként sem indikált, még kevésbé keratitis parenchymatosában, ahol a tünetek nagyrésze nem primaer gyulladás, hanem degeneratív jelenségekre vezethető vissza. 3 eset kapcsán megemlékezik a tuberculosos keratitis parenchymatosában elért röntgentherapiás eredményekről is. Jó hatást itt sem látott, ezekben az esetekben azonban nem veti el a röntgensugarakat. 4 esetet, ahol pozitív WR mellett keratitis parenchymatosus állott fenn, Bucky-sugarakkal kezelt, eredménytelenül. Így tehát a Bucky-sugarakat sem ajánlja a keratitis parenchymatosus kezelésére, habár ezek a sugarak csekély áthatoló-képességük folytán a bulbus mélyebb részeit nem károsítják.

Illés Péter dr.

Szemizombénulások migrain. K. Vogelsang. (Zeitschr. f. Aug. 1932, 328. old.)

A közölt esetben hirtelen lépett fel kettős látás hányással és szédüléssel. A bulbusok extrem divergens állásban voltak, befelé a középvonalon túl nem mozgogtak; feltűnő volt, hogy a befelé térítés convergentiánál kifogástalanul működött. A bántalom lényege az oculomotorius paresise mindkét oldalt. Három nap múlva a tünetek nyomtalanul eltűntek. Lues, tumor cerebri eshetőségét kizárták. Az izombénulással együtt elmúlt a heves félfodali fejfájás is, úgy hogy a

migrain és a szemizombénulást valószínűleg közös momentum okozta és pedig érszpasmus az oculomotorius magvak tájékán; teljesen ez sem magyarázza meg a megtartott alkalmazkodási adductiót, továbbá a tipikus migrain legtöbb szerző a cuneusban történő érszpaszussal magyarázza, a bénulás pedig agyalapi localisatiójú. Minden esetre figyelemre méltó, hogy múlt szemizombénulások előfordulhatnak organicus destructiók nélkül is.

Weinstein Pál dr.

Fülgyógyászat.

Füleredetű sepsis a csecsemőkorban. J. Hofer, Wien. (Mtschr. f. Ohrenhk. 66. é. 4 f.)

A füleredetű sepsis a csecsemőkorban sokkal gyakoribb, mint azt a gyermekgyógyászok általában elismerik. A sepsis fogalmának és megjelenési formáinak (áttételeket okozó és áttétek nélkül, csak súlyos általános tünetek mellett lezajló) részletes ismertetés után egy esetét közli, melyben egy 10½ hónapos csecsemőn lépett fel füleredetű sinusthrombosis és ezzel kapcsolatban sepsis, melynek egyik érdekessége, hogy bakteriumokat a vérből a betegség egész tartama alatt kimutatni nem sikerült, tehát toxikaemiáról volt szó; másrészt a septikus góc (sinus-thrombus) jugularis alákötés útján történő kiiktatása után a beteg meggyógyult. A középfül-gyulladások a csecsemőkorban igen gyakoriak: 75—90%-ban mutathatók ki a csecsemőkorban elhaltakon, de legnagyobbbrészt az ú. n. otitis concomitansról van szó, mely többnyire klinikai tünetek nélkül, igen enyhén zajlik le. Ha azonban az ilyen otitishez infectio társul, már komolyabb lefolyású a középfül-gyulladás. A füleredetű szövődmények megállapítását csecsemőkorban igen megnehezíti az a körülmény, hogy egyéb általános tünetek teljesen elfedhetik a fülészövődmény képét, úgy, hogy a szerző szerint pl. korai csecsemőkorban fellépő empyemában mindig kell gondolni sinusthrombosisból származó sepsisre, annál inkább, mert csecsemőkorban nem léven rázhideg, erre a tünetre hiába várunk. Miliaris tuberculosos és tuberculosos meningitis nehezen különíthetők el a füleredetű sepsistől. Pedig a korai kórisme felállítása és a fertőző góc kiiktatása igen fontos, mert a csecsemő szervezete kevésbé ellenálló a hosszantartó fertőzéssel szemben.

Krepuska István dr.

Kórbontani és kísérleti vizsgálatok a középfül-tuberculosis pathogenesisére vonatkozólag. Theissing G. (Zsch. f. Laryng. 1932. 22. k.)

Szerző 19 tuberculosiban elhalt egyén sziklacsontját tette kórszövettani vizsgálat tárgyává és minden kétséget kizáróan megállapította a fertőzés haematogen voltát, valamint azt, hogy a csontvelőgócok jelenléte — főleg fiataloknál — jóformán állandó lelet. Az esetek nagyrészeben a fülgümőkórnak egyéb manifestációja nem is volt. Tengeri malacokon és házinyulakon végzett kísérleteinek eredményei a fertőzés haematogen úton keletkezését még jobban alátámasztják. A régi felfogás, bár nem vonta kétségbe a fertőzés haematogen lehetőségét, a középfültuberculosis létrejöttét leginkább per tubam történt fertőzéssel magyarázza, s mindig a nyálkahártya megbetegedését tartotta elsődlegesnek. Szerző vizsgálatai ezt a felfogást igitkezik megdönteni. A közleményt illusztráló mikrophotogramok főleg az elsődleges gümös csontgócokról adnak felvilágosítást.

Germán Tibor dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Grundriss der Sportmedizin. Prof. H. Herxheimer. 192 lap, 45 ábra, G. Thieme, Leipzig, 1932. Ara: 10.50 M.)

Az orvosi irodalomnak alig van ága, mely az utóbbi esztendőkből oly buja fejlődésnek indult volna, mint éppen a sportorvosi irodalom. A sportokat korunk szelleme különleges elbírálásban részesíti s a társadalmi élet és a nemzetközi érintkezés kimagasló fontosságú tényezőivé avatja. A sportolás elterjedtsége a sportegészségtant népegészségügyi jelentőségűvé teszi, míg a versenyek halálos veszélyeket felidéző megerőltetései a tudományos kutatásnak nyújtanak példátlanul érdekes és más módon meg nem szerezhető kísérleti anyagot. Ez a két körülmény táplálja a sportorvosi irodalmat, mely a túltengő népszerűsítő munkákon kívül a legnagyobb fontosságú tudományos dolgozatoknak is oly tömegét termeli, hogy eredményeik áttekintése a legnagyobb nehézségekbe ütközik. A munka szerzője, a sportorvosi kutatás egyik úttörője, fényesen oldotta meg nehéz feladatát, amikor megírta a sportorvosi tudományok első igazán magas színvonalú, a gyakorlati célokat a legexaktabb tudomá-

nyos eszközökkel szolgáló sportorvosi tankönyvet. Bár az angol és az amerikai irodalom már nem egy igen kiváló sportorvosi szakmunkával bír, ilyen tökéletes összefoglalást nyújtó tankönyv tudomásom szerint még nem jelent meg.

A könyv anyagának ismertetése igen könnyű: mindazt tartalmazza, amit a kor színvonalán álló, klinikai exaktsággal dolgozó sportorvosnak tudnia kell.

Az a körülmény, hogy a sportolás óriási elterjedtsége ma már visszatükröződik az orvosi gyakorlatban is és az a szoros kapcsolat, mely a sportélettel és a munkáélettel közzött fennáll, érthetővé teszi, hogy *Herzheimer* munkája nemcsak a sportorvosoknak, hanem általában minden gyakorló orvosnak figyelmébe ajánlható.

Dalmady prof.

Handbuch der Röntgendiagnostik und Therapie im Kindesalter. Prof. Dr. St. Engel und Dr. L. Schall. (Verlag Georg Thieme, Leipzig. 720 oldal, 637 kép. Ára 72 M.)

Egy olyan könyv került a piacra, melynek a hiányát úgy a röntgenológusok, mint a gyermekgyógyászok régóta érezték. A hatalmas munka a gyermekgyógyászati röntgen körébe vágó minden ismeretünket összefoglalja. Igen szerencsésen csak keveset foglalkozik a röntgenológia technikai részével és röviden ismerteti azokat az eljárásokat, melyek segítenek, hogy nyugtalan csecsemőkről és gyermekekről is jó felvételeket készíthessünk. A részletes részben a csontok időbeli fejlődését mutatja be igen szemléltetően, majd pedig a csontrendszer betegségeit, pontosan és részletesen tárgyalva a röntgen vizsgálat útján felismerhető elváltozásokat, a differential diagnostikai momentumokat, kevés klinikum és kórbonctan kíséretében. A mű legnagyobb része a légzőszervek röntgen diagnostikájának van szentelve. A röntgen vizsgálat technikai ismertetése után, a csecsemő és gyermek mellkas fejlődését mutatja be, a pathologia határára álló esetekkel. Külön fejezetet szentel a lymphaticus rendszernek a mellkas deformitásainak, a légzésnek és rekeszeknek. Külön fejezetben szerepelnek a pneumoniák, a chronikus nem specifikus tüdő-elváltozások, a pleura, mediastinum és a tüdőtuberculosis. Az körültekintéssel van megírva az uropoetikus rendszer és idegrendszer röntgen-vizsgálata.

Nagyon értékesek és tanulságosak azok az összefoglalások, melyek az egyes tárgykörökbe vágó röntgen vizsgálatok klinikai értékét tárgyalják, valamint az eddig elért eredmények, és várható fejlődés ismertetése.

A második részben a röntgensugaras kezeléseket ismerteti, majd kevés technika és biológia után az eddig ismert összes magzati röntgen sérülést, mintegy 38 esetet. A részletes részben az összes betegségek röntgenkezelésének az indikációit, a technikáját és a várható eredményét tárgyalja és pontosan előírja a sugáradagolást. A D vitamin és fénycsugárzás tárgyalja röviden. Tanulságos a befejező rész, mit értünk el sugaras kezeléssel a gyermek betegségeiben.

Gondosan megírt, nagy munka, a legújabb ismereteket is felöleli. Igen jó szolgálatot tehet mindenkinek, aki gyermekgyógyászati röntgennel foglalkozik.

Mészöly Pál dr.

Über Blutdruck und Blutdruckmessung. Prof. A. Durig. (M. Perles, Wien és Leipzig, 1932. Ára: 5.— M.)

A kiváló bécsi physiologus a „Deutsche Gesellschaft f. innere Medizin” ülésén a vérnyomás és vérnyommérés kérdéseiről összefoglaló referatumnál adott elő. A gyakorló orvosok óhajának felel meg a szerző, mikor a congressus referatumaikat kiegészítve az újabb eredményekkel, egy könyvecskében közli. Minthogy a munka a fentiek szerint főleg a klinikus számára szükséges vizsgálati eredmények kiemelésére törekszik, nem hivatkozik a teljes irodalomra, hanem csak a fő forrásmunkákat említi. Ezáltal a tárgyalás nem válik szaggatottá, hanem jól áttekinthető, élvezetes és fölöttébb tanulságos olvasmányul szolgál. A vérnyommérés módszertanát kritikailag tárgyalja anélkül, hogy a technikai kérdésekben elmerülne. Részletesen foglalkozik azonban a vérnyommérés klinikai jelentőségével, a vérnyomásra ható tényezőkkel (kor, nem, constitutio, alvás, munka, felindulás stb.), a magas vérnyomás okaival és veszélyeivel. Tárgyalja a vérkeringés-készülék egyes részeinek befolyását és szabályozó közreműködését a vérnyomásra. Így külön-külön ismerteti, hogy a vérösszetétel, a szív működés, a lélekzés, az arteriák, hajszálerek és vénák állapota mily módon változtathatja meg a vérnyomást. Két legérdekesebb fejezete a könyvnek a IX. és X. Az előbbiben a hormonoknak és az erekre ható vegyi anyagoknak vérnyomás-irányító működését fejtegeti, az utolsó fejezetben pedig a vérnyomást szabályozó idegközpontokat, s ezek útján kiváltható reflexeket ismerjük meg. A könyv minden orvosnak melegen ajánlható.

F. G.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 11-i ülése.

Bemutatók:

1. Dick E.: Az arteria iliaca externa és vékonybelek szűrt sérülései. 36 éves férfibeteg hasbaszúrta, sérülés után félórával szállították be a III. sebészeti klinikára. Laparotomia. A vékonybélben 3 áthatoló, 2 serosa sérülés. A baloldali fali peritoneumot ökölyi retroperitonealis haematoma dobortírta be, mely szemünk előtt nő, a lágyéksebet erősen vérzik. Baloldali ferde lágyékmetszéssel a vérzés helyét feltárva, emberfejnél nagyobb haematoma mélyéről arteriás vér lövel felfelé. Az arteria iliaca externán 4 mm-es haránt tátongó sérülést haránt érvarrattal elzárták. A beteg per primam sebgyógyulás után hagyta el a klinikát. Különös érdekessége, hogy az ideiglenes vérzéscsillapítást a bélsérülés okozta defenest végezte el, módot adván ezáltal a műtétre. A vérzés megindulását a narkosis okozta izomlazulás magyarázhatja meg.

2. Kanócz D.: Hirschsprung-betegség operált esete. A betegség két évig a mechanikus ileus keskenyen megvont határmegjén imbolgott, amíg a rendkívül kockázatos, szélsőségesen radicalis, de mint az eredmény igazolja: teljesen indokolt műtét a beteget egy csapásra meg nem szabadította szenvedéseitől és a súlyosan zavart vastagbél-működést physiologiás medrébe terelte.

Czirer L.: Az I. sebészeti klinikán a legutolsó 3 év alatt 5 megacolon esetet operált, amelyek közül 4 esetben a sigma-bélre szorított az elváltozás, míg az ötödikben, a most bemutatott esetben főleg a haránt- és leszálló vastagbél volt rendellenesen tág. 3 esetben resectiót végeztek, a sigma-csot, illetve a colon transversumot és descendensit írták ki. Egy esetben a tág sigmakacs tövével anastomosist készítettek, s végül egy betegen a teljesen elhalt sigmakacsot kiírtották. Ez a beteg a műtét után 6 órával meghalt, míg a többi beteg zavartalanul meggyógyult. A késői eredmény minden olyan esetben, amelyben resectiót végeztek, kifogástalan volt, rossz eredményt ott látott, ahol resectio helyett csak anastomosist végeztek. A székszorulásnak tisztán működési alakjai belgyógyászati jól kezelhetők, műtét csak a bonctani okok esetén indokolt. Tapasztalatuk szerint a legjobb eredményt a legnagyobbodott és kitágult vastagbél-részlet vagy talán még helyesebben az egész vastagbél kiirtása adja. A műtét igen nagy beavatkozás, az átlagos műteti halálozás 50% körül van.

Előadások:

1. Kiss Pál: A grippes csecsemők szív-működési zavarai és azok kezelése. (Film-bemutattással.) Az 1930—31. és az 1931—32. évi grippjárvány alatt 94 csecsemőn 274 alkalommal végzett elektrokardiographiás vizsgálatot. A keringési zavarok szempontjából két szakaszt különböztet meg: 1. magát a grippes attaque szakát, 2. a társfertőzések és complicatiók szakát. Az első szakaszban a szív ingerületképző rendszerének kórosan fokozott izgalma van, a percenkénti szívösszehúzóerők száma elérheti a 240-et, ami mellett már igen korán dilatatio jöhet létre. A második szakaszban a myokardium anatómiai elváltozása is kifejlődhetik, ami az elektrokardiogrammon kifejezést nyer. A T hullám mindhárom levezetésben elapulhat, sőt eltűnhetik, néha eltűnik a P is, úgy, hogy nem marad meg más, mint a QRS complexum. A QRS complexum nem viselkedik egyöntetűen: a betegek egy részében úgyszólván normalis marad, egy másik csoportban megkisebbedik az R, néha csak az I. levezetésben, de elég gyakran mindháromban, egyesekben a QRS complexum kiszélesedik, valamelyik része csomós lesz, felrostozódik vagy fogazott lesz. A kezelés a első szakaszban, ha a szíven dilatatio is kifejlődött, nagyobb mennyiségű vérleobcsátás, 5—10%-os dextrose intravenás chinin-urethan + nagyobb adagú digitalis intramuscularis adagolása, ha dilatatio nincs, vérleobcsátás nem szükséges. Nagyobb mennyiségű vértransfusio, vagy nagyobb folyadékmenyiség intravenás bevitel kedvezőtlen hatású, adrenalin ezen szakaszban nem alkalmaz. A második szakaszban 5—6 napon át egészen kis adag (0.1 ccm) digitalist ad intramuscularisan s ezen szakasz fenyegető keringési zavarában adrenalin és hypertóniás (20—30%-os) dextrose-oldat is indikált lehet.

2. Réthy A.: Szigorítható-e a tonsillektomia indikációja; a műtét veszélyei és mechanizálása. Gyakori acut tonsillitis, peritonsillaris abscessus, acut mandulagyulladás utáni polyarthrit, acut haemorrhagikus glomerulonephritis abszolút indikációt képez. Állandó hőemelkedéskor minden más lehető okot ki kell előbb zárni. A mandula hegesedése, folyékony geny, a mell-

só szájpádív belőveltsége és nyirokmirigy-duzzanat biztosítja a diagnózist, amit az anamnesis támogat. Ha a mandulát tokostól eltávolítjuk, úgy kiirtjuk a fertőző gócot a szervezetből s így ez a műtét nem rejt több veszélyt a polyarthritist, avagy endokarditisz recidíváját, vagy friss fellépése szempontjából, mint bármely más száj-garat-nyálkahártya-műtét. Utóvérzés veszélye kiküszöbölhető, ha az ereket sebészileg lefogjuk és lekötjük. Postoperatív tüdőabscessus Európában nem igen fordul elő. A röntgenkezelés egyszerű tonsilla és adenoid hypertrophiáknak csak 28%-át javítja. Chronikus tonsillitisben majdnem teljesen csődöt mondott. Therapia tehát gyökeres sebészeti eltávolítás lehet. Előadó által egyszerűsített Braun-féle eszköz, a Sluder-féle eljárás alapszik. A guillotíneba benyomott és ott fixált mandulát a guillotíneal összefüggésben levő drótkacs alapról leválasztja. A műtét előnye, hogy rendkívül gyorsan végrehajtható, a műtét alatt vérzés nincs, a sebalap teljesen síma, miáltal a műtét utáni fájdalmak jelentéktelenné váltak.

Safranek J.: A röntgenezés egyszerű tonsilla-hypertrophia eseteiben nem alkalmas a lymphás szövetek zsugorítására, az ú. n. chorikus tonsillitisekben pedig úgyis szólván teljesen csődöt mondott. Figyelembe veendő a tonsillákra elective nem alkalmazható besugárzásoknak a nyálkahártyát károsító hatása is (következésményes dysfunctio, kínos szárazság stb.), még inkább pedig a jókori műtét időpont elhalasztása. Mindezek miatt a röntgenezést csupán kivételes esetekre (haemophilia, leukaemia, igen súlyos neuropathia) véli korlátozandónak. A tonsillektomia javallatai éppen az utóbbi évek tapasztalatai alapján még bővültek is, így a tonsillogen s már kifejlődött sepsis bizonyos eseteiben a tonsillaris sepsis-góc kiiktatása tonsillektomia által szép sikereket mutat fel. A műtét nem sorozható a különösebb veszélyeket involváló beavatkozások közé: kórházi osztályán az utolsó 6 év alatt több mint 5200 totalis mandula-exstirpációt végeztek; egyetlen egy esetét sem vesztette el vérzés vagy egyéb, a műtéttel kapcsolatos szövödmény folytán; a súlyosabb utóvérzések igen ritkák voltak s mindenkor sikerült a vérzést nagyobb beavatkozás nélkül megszüntetni, a carotis leköttése sohasem vált szükségessé.

Holitsch R.: Az ismétlődő mandula-gyulladások röntgensugaras gyógyításával szerzett tapasztalatai sokkal jobbakként, mint azt az előadó és főként mint hozzászóló említette. A röntgennel besugárzott betegeknek több mint 90%-ban a gyulladások teljesen elmaradtak és pedig már évek óta, a besugárzás semmi veszéllyel sem jár. A műtét csak a mandulát távolítja el, de a szomszédságban lévő elszórt, számos apró lymphaticus gócot nem képes eltávolítani, pedig ezekből később újabb gyulladásos recidívák keletkeznek, a röntgensugár ezeket is eléri és az egész garatgyűrűt megóvják bakteriumok elszaporodásával szemben. Műtét után a beteg napokig nyomorúságos állapotban van; besugárzás semmi kellemetlenséget nem okoz. Ha a besugárzás eredménye nem lenne kielégítő, későbbi műtétnek semmi akadálya sincs. Viszont ha előbb műtét történt és mégis recidívák keletkeznek, később a besugárzás eredménnyel elvégezhető, amire több esete volt.

Némái J.: A müncheni klinikán nagyobb beteganyag átvizsgálásából azt a következtetést lehetett vonni, hogy azok a betegek, akiken polyarthritist, perikarditisz, vagy endokarditisz miatt a tonsillákat eltávolították, recidiva tekintetében nem voltak előnyben azokkal szemben, akiken a műtét nem lett végrehajtva. A műtétet veszélytelennek tartja. A besugárzás kedvező eredményét recidívó mandulalobokban az esetek 70%-ában látta. Két év óta, amióta erősebb árammal dolgoznak, még jobb eredményeket tapasztalt, bár meg kell jegyezni, hogy a megnagyobbodott mandula a besugárzásra nem zsugorodik. Az esetek 5–6%-a refractaer a besugárzással szemben.

Zinner N.: Polyarthritist chronica eseteiben a tonsillektomiától soha semmi kellemetlenség nem származott, sőt az ízületi fájdalmak javulását figyelhették meg. Egy Poncet-féle tuberculosus és rheumatismus esetében a műtét után meningitis tuberculosa lépett fel, mely exitushoz vezetett. Azt hiszi, hogy a chronikus polyarthritist terén a műtét indikációi inkább tághatók.

Jelinek S.: Hogy a tonsillektomia áldásos műtét a sepius betegségek nagy számában az ma már nem vitás. De hogy az indicatio nem mindig történik a kellő gondossággal, arra több példát látott. Különösen a tuberculosus szempontjából nagy gondosságot ajánl az indicatio felállításában, valamint a gége- és belorvos szorosabb együttműködését.

Liebermann T.: A röntgen ártalmatlan, a műtét — ha ritkán is — halálos is lehet, — hamis beállítás, mert el-

vonhatja a beteget az áldásos műtét elől. Belgyógyászati indicatio nem lehet a röntgen, mert az nem az anatómiailag káros, szívacsos kötőszöveti alkatot változtatja meg, hanem csak a lymphaticus szövetet csökkenti. Tehát csak contra-indicatio (tuberculosis) esetén kellemetlenségek ellen jó. Egyebekben: korán kell operálni, nem elkésve.

Kelemen Gy.: A mandulák besugárzásának gyógyító hatását akkor lehet majd egységesen megítélni, ha a therapiás röntgentechnika egyszerűsítése lehetővé teszi majd annak a gégeszek által alkalmazását.

Zimányi V.: Heveny folyamatokkal kapcsolatban végzett ektomiától is igen jó eredményt látott. Az újabban alkalmazott coagulációs eltávolítás sokkal nagyobb utófájdalmakkal jár, mint a sebészeti beavatkozás.

Erdélyi S.: A tonsillektomia indicatioja inkább tágitandó volna, mint szűkítendő.

Navrátil D.: A régi, 25 év óta bevált eljárását ajánlja, a mandulák dividálását.

Réthy A.: Teljesen egyetért Safranek tanárral, hogy a műtét technika egyéni megszokás dolga. A chronikus tonsillitisnek röntgennel kezelése nem jár a fényes eredménnyel, amelyet Holitsch annak tulajdonít, a besugárzás csak az esetek kis hányadát teszi tünetmentessé. Röntgenkezelés csak ott ajánlatos, ahol a műtét contraindikált. A röntgen hatásosságát nem a röntgenologus, hanem a laryngologus van hivatva megítélni. Egyetért előadó Némaival, hogy a tonsillektomia a polyarthritist és endokarditisz recidíváját nem gátolhatja meg, mert ott már a bakteriumok befészkeltek magukat. Zinner esetében a meningitist előadó is accidentalisnak tartja. Liebermannal egyetért a korai műtétet illetően. Kelemen ama nézete, ha a röntgenbesugárzás beválna, úgy a laryngologusok is alkalmaznák a therapiás besugárzást, a premissán megdől. Navrátiltal szemben előadó úgy véli, hogy a mandula dividálásakor nehéz az ép és kóros határát megvonni, bár a kóros jelentékeny része így is eltávolítható.

Közkórházi Orvostársulat november 9-i ülése.

Gaál A.: Egy elsődleges gége skleromát mutat be. A betegség 26 éves asszonyon 1 év óta állott fenn, a halál bekövetkezének az oka sepsis volt. A sepsis kiindulási helye a légcső körül keletkezett, mély fekvésű, ökölnyi nagyságú, többszörösen perforált tályog volt. Szövetileg a sarjadzások folyamatai tipusos rhinoskleromának bizonyult.

Torday A.: Abortív typhus esete. 15 éves fiún a lázas állapot prodromális tünetek nélkül következett be és lépcsősen emelkedett. 3-ik napra elérte tetőfokát, azon maradt egy héttig s azután 3 nap alatt bekövetkezett a láztalanodás. Bradykardia, lépmegnagyobbodás, bevont nyelv voltak a főbb tünetek ép sensorium mellett, csak a magas láz szakában volt aluszékony. A betegség második hetében a láztalanodás után a vizeletből typhus-bacillusokat lehetett kitenyészteni. Ez esettel kapcsolatban a typhusnak enyhe lefolyású alakjáról emlékezik meg.

Furka S.: A hastiphusnak is vannak a rendestől eltérő enyhébb esetei. Ilyenek a typhus abortivus, a typhus levis és levisimus és a typhus ambulatorius. A typhus abortivus inkább kerül orvosi kezelés alá, mint a többi mérsékelt lázzal, vagy teljesen láztalanul lefolyó esetek, melyek nagy veszélyt jelentenek úgy az egyénre, mint a közre. Előfordulhatnak ugyanis súlyosabb visszaesések, melyek bélvérzéssel s egyéb szövödményekkel járnak. Említ egy esetet, mikor egy 21 éves cipészegéd kórházba hozatalakor úgy maga, mint hozzátartozói előadták, hogy csak 3 nap óta beteg, ez ideig állandóan dolgozott. Kórházba magas lázzal szállították be s harmadnapra bélátfúródás, hashártyagyulladás tünetei között meghalt. A boncoláskor kiderült, hogy hastiphusa kb. 5 hetes.

De még nagyobb a veszedelem a könnyű lefolyású esetekben járványtani szempontból, mert az ilyen orvosi kezelés nélkül gyógyult betegek — mint ismeretlen bacillusgazdák — terjesztői a typhusnak. Ez évben különösen sok volt az ilyen enyhe typhus eset.

Szentei I.: A petefészektoimlót utánzó, petefészekhez nőtt vékonybél kacs. A bal petefészekhez és tubához gümőkóros ileumkacs nőtt hozzá és vizsgálatkor petefészektoimlőhoz teljesen hasonló volt. Az összenövés felszabadításával a beteg nyolc éve fennálló panaszai megszűntek.

Bud Gy.: A bélkacs felfuvódása valóban néha petefészkek tömlő benyomását keltheti. Egyik esetében többszöri vizsgálathoz szinte a kezei között kisebbdedt meg és tűnt el az alutumor. Máskor meg bélconcrementum utánzóhat solid petefészkek daganatát. Ilyen diagnostikai tévedéseknek ki vagyunk téve.

Szeth I.: Azért tartotta ezen esetet bemutatásra érdekesnek, mert sokszor a hibás diagnosztikából többet lehet tapasztalni, mint a helyesből.

Szenth I.: Súlyos hasiúri vérzést okozó megrepedt cervicalis terhesség. A rendellenes helyen tapadó lepény igen ritka esete került észlelésre. Méhen kívüli terhesség diagnózisával egy behozott betegen végzett hasmetszés alkalmával kintunt, hogy a vérzés oka megrepedt méhnyaki terhesség. Az eset ritkasága, hogy a vérzés oka megrepedt méhnyaki terhesség. Az eset ritkaságát növeli az, hogy eltérően a cervicalis terhesség rendes lefolyásától, az abortustól: itt spontán ruptúra keletkezett. A bemutatott készítményen szemléltetően demonstrálható a pete megtapadási és fejlődési helye. A beteg műtét után 11 nap múlva gyógyultan távozott.

Beliczay Pavli M.: Néhány érdekesebb Röntgen lelet címén 3 beteg röntgenfelvételeit mutatja be. 1. Régebbi hemiplegiából fennmaradó panaszokkal idősebb férfi kerül vizsgálathoz. A mellkas röntgen vizsgálatakor a bal tüdő felső harmadán kisebb ökölnyi, egynemű, lefelé éles határu árnyék látszott, mely medialisán a mediastinummal összefolyt. Az 1—11 bal o. borda hátsó íve, továbbá az 1—11 háti csigolya bal oldala elpusztult, diagnózis tumor mediastini seu pulmonis. Sectiókor a tumor primaer tüdősarcomának bizonyult. Az említett borda és csigolyarészleteket elpusztította. Az 1—11 háti csigolyának megfelelőleg a gerincvelőt comprálta.

2. Idős nőbeteg gyomrának cardiális sérve a mellkasban a hátsó mediastinumban foglal helyet, többi része a hasüregeben. A hiatus oesophageus fejlődési rendellenessége folytán keletkezett hiatus sérvek tartja.

3. 50 éves férfi gyomor rtg. átvilágítása alkalmával és a készült felvételen a gyomor nagy görbületén lapszerű árnyékkiesés. Dg.: neoplasma. Műtétkor tumor nem volt, ellenben a lép chronikus gyulladás folytán erősen megnagyobbodott, környezetével összenőtt. Az összenövés megoldása után 6 hét múlva normális gyomorkép.

Zorkóczy I.: Újabb szempontok a gyermekkori nyelőcsőszűkületek kezeléséhez. 324 lügmérgezett és 202 nyelőcsőszűkületes beteg kezelése közben szerzett tapasztalatait ismerteti. A korai kezelés mellett foglal állást, mellyel az esetek 71 %-ában sikerült meggyógyítani a szűkület kifejlődését. Ismerteti az általa alkalmazott technikát, mely mellett a kezelés veszélyei a minimumra csökkennek. A kifejezett nyelőcsőszűkületekben a félkemény sondákkal tágitást — annak rossz eredményei miatt — ritkábban végzi, helyette a retrograd kezelést alkalmazzák széles határok között. Ismerteti a végtelen fonál bevezetésére Erdély Gyula által alkalmazott eljárást a rectoskop segítségével, ami úgy a gyomorba leveztetett vékonysonda kihalászára, mint a cardia felőli sondázásra kiválóan alkalmas. Ezen eszköz és a retrograd sondázás segítségével teljes gyógyulást ért el 15 olyan betegen, akik hónapokon, sőt éveken át eredménytelenül kezeltettek, köztük 5 egyáltalában nem volt felülről sondázható.

Laub L.: A gyermek kezelésétől eltérően felnőtteken gyakrabban lehet oesophagoskopiás tágitással eredményt elérni. Ha oesophagoskopon át nehezen, vagy egyáltalán nem sondázható a szűkület, akkor gastrostomiát javasol. Ily esetekben később végtelen fonállal retrograd tágitásokat végez, melyek veszélytelenek és eredményesek. Az állandó fonalat az egyik felső molárisfogra erősített drótkapocsra köti. Ezen eljárása megszünteti az arcra vagy a fültre erősített fonál torzító voltát, a rágást zavartalaná teszi és a tágitások ambulanter végezhetőek.

Kiss P.: Lügmérgezett gyermekek kezelése 2 szakaszra oszlik: 1. közvetlenül a lúg ivása utáni kezelés, amikor a kezelés célja a szűkület megakadályozása, 2. a késői szakasz, amikor kifejlődött a szűkület bárzsing kitágítására irányul. Az első szakasz alatt megpróbálta a ballonnal retrograd kezelését. Egy vékony puha gyomorsonda végére kis ballont készített, ezt üresen bevezette a gyomorba és sondán át glicerinnel befecskendezte, amikor a fújta fel, amilyen átmérőt szükségesnek talált s a felfújott ballont visszafelé keresztülhúzta a nyelőcsővön. E kísérlet eredményei nem teljesen megfelelőek. A második szakasz kezelésében nem osztja teljesen előadó véleményét, hogyha nem megy elég gyorsan a nyelőcsőnek félkemény sondával tágitása, akkor gastrostomia végzendő s a tágitás retrograd végzendő. A gastrostomia elvégzését ezen leromlott gyermekeken nem tartja teljesen veszélytelennek. Gastrostomia esetén a végnélküli fo-

nal bevezetésére a miniumos sondát használja, ami röntgen kontroll mellett könnyen kihalászható. Indítványt tesz, hogy az Orvostársaság illetékes hatóságoktól kérje a lúgnak kiskereskedésből teljes kivonását.

Faludi G.: Előadó által ismertett eljárás haladást jelent, veszélytelen és a kezelési időt lényegesen megrövidíti. Felhívja a figyelmet arra, hogy a gyermekkori lügmérgezések száma még mindig ijesztően nagy, amit a 22 % magas elsődleges halálozás még súlyosít. Ennek okát abban látja, hogy az általa már 6 év előtt ajánlott radialis intézkedés, a lügmérgezés a kiskereskedelmi forgalomból kivonása, még mindig késik. Javasolja, hogy ezen ügyben újabb felterjesztés intéztesse a legfelsőbb közegészségügyi hatóságokhoz.

Milko V.: A gastrostomiával nem szabad addig várni, míg a stricturás gyermek teljesen legyengült. Aether, illetve chloroformnarkosis alkalmazása tényleg veszélyes, de erre nincs is szükség, mert vagy lokalanesthesiában kell végezni a műtétet, vagy pedig, amint ezt hozzászóló újabb időben teszi, rectalis avertinnarkosisban, amit a gyermekek igen jól tűnnek s amelyben a beavatkozás teljes nyugalommal elvégezhető.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 20-i ülése.

1. **Gyulai Z.:** A heidelbergi Kaiser Wilhelm intézet. Az intézmény négy önálló intézetből áll: physika, chemia, physiologia és pathologia. A nem egészen egy éve működő intézetben, bár minden a kezdet stadiumában van, máris fontos kezdeményezések vannak. A physikai intézetben kidolgozás alatt van egy módszer, mellyel emberi test és testrészek dielektromos állandóját határozzák meg és pedig egymásután gyorsan a legkisebbtől a legnagyobb frequentáig. Az alapfoglat egészséges és beteg állapotnak hatását physikai méréssel meghatározni. A physikai intézetben van egy elektrosztatikailag és mágnesesen védett szoba. Az egyes önálló intézetek személyzete: egy igazgató, 3 tanársegéd és munkatársak az egyetem hallgatóiból. A négy intézet egy új, modern épületben van elhelyezve, egy melléképületben lakásokkal egy-egy tanársegédnek. A négy intézetnek nagy praecisiós mechanikai műhely, kb. 8 mechanikus és gépész létszámmal és egyéb technikai berendezés áll rendelkezésére.

2. **Engel P.:** A táplálkozás befolyása a tuberkulin allergia évszakos ingadozására. Tengeri malacokat párhuzamos kísérletben téli és nyári táplálékon tartott, majd egyenlő tenyészettel fertőzte őket. Sorozatos intracutan tuberkulinoltásokkal vizsgálta a reakciók intenzitásának ingadozását. Sokkal érzékenyebbek voltak tuberkulinallal szemben a téli, mint a nyári táplálékon tartott állatok. A téli táplálékon tartott állatokban a fertőzés úgy lefolyásban, mint kórbonctani képében rosszabb indulatú volt.

Hogy a különböző érzékenységek a táplálék melyik tényezője lehet az oka, azt további vizsgálatok hivatottak eldönteni.

Rusznay I.: A vizsgálatok a tuberkulin allergia évszakos ingadozásainak exogen okaira mutatnak rá. Felhívja a figyelmet arra, hogy a kérdés további vizsgálatában belső secretiós viszonyokra kell tekintettel lenni, melyeknek az évszakos allergia változásban kétségtelenül lesz szerepe. A vizsgálatoknak így irányú kiegészítését ajánlja.

3. **Baló J.:** Gümőkóros házinyulak serumlipase-csökkenésének megállításáról. Súlyos tuberculosis folyamán emberi és állati tuberculosisban egyaránt a serum és szervek lipaseja megkevesbedik. Ugy látszik, hogy a nedvek és szervek lipasejának a gümöbacillusok elleni védekezésében szerepe van, mert a lipase a gümöbacillusok zsíros tokját feloldja és a toktól megfosztott gümöbacillusok könnyebben elpusztulnak. Előadó intézetében már 1931. elején kísérleteket végeztek oly célzattal, hogy a serumlipase tartalmának emelésével házinyulak gümőkóros fertőzését befolyásolni lehessen. Akkor tisztított pankreaslipaset fecskendeztek be, azonban ez az eljárás a lipase-szintnek csak muló emelkedését tudta elérni és a gümőkóros fertőzést nem befolyásolta. Amióta előadó intézetében olyan hasnyálmirigykivonatot sikerült előállítani, amely házinyul-kísérletekben a thyroxin hatására beálló serumlipase-csökkenést kivédte és egymagában is a serumlipase emelkedését okozta, azóta előadó Gerlei és Lovas munkatársaival újra felvette a tuberculosis-kísérleteket. Ezeknek során megállapítást nyert, hogy az említett hasnyálmirigykivonattal a tuberculosis következtében előálló serumlipase-csökkenést is képes megállítani. Ennek a megállapításnak alapján már az eddigi kísérletekből is úgy látszik, hogy a hasnyálmirigykivonattal kezelt gümőkóros házinyu-

lak túlélők azokat, amelyek csak ugyanolyan mennyiségű gümöbaccillussal fertőztettek, de hasnyálmirigykivonattal kezelést nem kaptak.

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának október 24-i ülése.

Bemutató:

Janáky Gy.: *Halott egyénen végzett császármetszés.* 32. éves, negyedszer terhes nő terhessége az V. hónapig zavartalan volt, azóta alszárai duzzadnak, 5 nap óta pedig sötét látása van. Vizeletében $130/00$ fehérje. Vérnyomása 180 Hgmm, retinitis. Az észlelés 13. napján status praeeclamptikus kórisméje alapján 300 ccm vért vesznek s helyette 200 ccm. dextrose oldatot adnak intravenásan. Állapota egyre romlik, görcsök lépnek fel nála, mire Stroganoff kúrát kezdenek. Ennek ellenére a szív működés rosszabbodásával bekövetkezik a halál. A halotton pár perccel a halál után császármetszést végeznek és élő magzatot kapnak. A boncoláskor a lágy burkok alatt és a jobb oldali fal leányban tojáshéj véradékat találtak. A hajszálerek endothelje súlyosan zsíros degenerált volt és a vesén is olyan képet, állapotot mutat meg, melyet Fahr diffus glomerulonephrosinak nevezett. Tehát az általános érbetegség veseeredetű toxicosinak volt tulajdonítható, melyet a terhesség alatt felhalmozott anyagcsere salakoknak a vérben visszatartása és felhalmozódása válhatott ki.

Scipiadés E.: *22 hidegrázás után spontan gyógyult gyermekgyas.* Egy 22 hidegrázás után conservatív kezelésre gyógyult s a fájások megindulása előtt egy nappal közöslést végzett egyén történetéről számol be, melynek kapcsán irodalmi és saját adatokkal szemlélteti, hogy feltételeiben, javallataiban és eredményeinek helyes megítélhetőségében mennyire ingatag talajon áll ma még az a műtői eljárás, mely fertőzőes gyermekgyas betegségek bizonyos fajtáinak gyógyítását a méltól elvezető gyűjtőterek leköltésével tanácsolja megkísérlni.

Angyán J.: A gyermekgyas lázas megbetegedései a szülést és a tanácskozásba bevont belgyógyászt gyakran igen nehéz diagnostikai feladat elé állítják. Ezeknek vizsgálatában — közvetlen vizsgálaton kívül — a vérkép rendszeres ellenőrzése és a bakteriologiai vérvizsgálat, mely sokszor a sepsis-góc felismerésére is ad útmutatást, igen nagyra értékelendők. Sokszor ezek ellenére sem oldható meg a probléma. Minden olyan törekvés, mely a sepsis-góc sebészi hatástalanítására és eltávolítására irányul, elvben helyesítható és a sepsis Schottmüller adta fogalmának felel meg.

Scipiadés E.: A szülések zöme, tehát azok, akik a gyermekgyas szervekkel és viszonyokkal leginkább vannak tisztában, újra és újra történő próbálkozások után, Schreder-rel és iskolájával élükön, egészen reservált álláspontra helyezkednek a gyűjtőter leköltés műtétjével szemben, azért, mert — mint Clauwer mondja — a női nemi szervek területe teljesen és minden vonatkozásban kivételes helyzetet foglal el, miért is nincs kétség aziránt, hogy itt egy septikus infectio a véresek részvételével valami egészen mást jelent, mint a test más területein. De ez az álláspontjuk azért is, mert — mint előadásában arra rámutatott — eddig semmi kézzelfogható bizonyíték nincs arra, mintha a méhtől elvezető gyűjtőterek korai leköltésével a pyaemiára első-sorban hajló haematogen fertőzésekben, a halálozási arányszámot a conservatív kezeléssel szemben számbajövő módon javítani lehetne. Ezen a állásponton vannak végül azért is, mert a kísérletes vizsgálatok sem járultak ahhoz hozzá, hogy e műtétnek értékét a puerperalis pyaemia leküzdését illetőleg, kedvező világításba tudják állítani. Kiderült nevezetesen, hogy a bakteriumok a leköltés területe alatt levő thrombusokból az érfalakon át kilépnek és kártékony munkájukat így végzik el. Angyán azzal indokolja álláspontját, hogy — mert a sepsist belgyógyászati terapiával meggyógyítani nem lehet, a kezelés sebészi kell hogy legyen. Így a pyaemiák esetében is, azonban nem az egész korai és a ki nem diagnostizált esetben, hanem csak az előbbre haladott és bakteriologiailag és egyéb laboratoriumi vizsgálatokkal is körismézett esetekben. Ezzel szemben az ő álláspontjuk az, hogy a sepsist egyáltalán nem lehet meggyógyítani, hanem annak kifejlődését lehet csupán meggátolni, az antisepticus prophylaxis útján. Ennek eszközeit illetőleg viszont figyelmeztetnie kell Felsenre a Fraenkel klinika anyagára és kísérleteire alapozott conclusiójára, mely szerint a „korai kezelés céljaira állanak rendelkezésre a véna-

lekötésnél ártalmatlan eszközök is, melyek jól megteszik a maguk kötelességét, az előrehaladott esetekben viszont még ma is többnyire minden hiábavaló”. Az egyebekre vonatkozólag pedig azt kell felelni, hogy gyermekgyas fertőzések kapcsán a bakteriologiai vizsgálatoknak diagnostikai és prognostikai practicus értékét a szülések nem tudták megállapítani. Ezért az ilyen vizsgálatokat általában elejtették, mert mint arra Herff már rámutatott — csak tudományos jelentőséggel bírnak. Az ezenfelül maradó laboratoriumi vizsgálati módszereket illetőleg pedig senki se ringassa magát abban a hitben, hogy általuk ma még a pyaemia körisméjét meg lehet csinálni. A belgyógyász helyzete könnyebb, aki legfeljebb a kórismét véli felállítani. Sokkal súlyosabb ellenben a szülészé, akinek a kórisme conclusióját le is kell vonnia, a kést a betegre rá kell tennie, s annak életbenmaradásáért vagy haláláért a felelősséget kell vállalnia. Ők ezért a műtéttel szemben továbbra is a lényeges reservatio álláspontján maradnak.

Előadás:

Follmann J.: *A szövettanyesztés tudományos eredményeiről és technikájáról.* A szövettanyesztés a sejtekkel foglalkozó tudományok összes ágaiba belekapcsolódik és hatalmas kísérleti segédeszköz a morphologiai, biologiai és pathologiai problémák analizálásakor. Carrel ily biologiai kísérletben mutatta ki, hogy a sejt életkora is és szaporodási képessége is practice végtelen. Ugyanis az általa tenyésztett tyúkembrio szívfibroblast telepek 20 éve élnek s így nemcsak a tyúk életkorát élték túl, hanem tömegben is meghaladták a tyúk testének több százszorosát. A daganat-problémához is igen sok adatot szolgáltat a tenyésztés. Bebizonyítja, hogy a tumorsejtek növekedése a fokozott oszlások dacára is kisebb, mint a gyéribben oszló normalis kultúráé, mert a daganatsejtek kevésbé ellentállók és közülük igen sok degenerál és felszívódik. Egy másik pathologiai kísérletben Fischer A. megerősítette normalis és daganatos kultúrák sorozatos metszetekben feldolgozása és látóterenkénti megszámlálása alapján Albrecht azon állítását, hogy a tumorsejtek növekedése nem végtelen, hanem nagyon is korlátok közé szorított. Egy év előtti szakosztályi előadásán, még a szövettanyesztés általa szolgáltatott adatok ismerete előtt azon véleményét fejezte ki, a metastasis-képzést fejtegetve, hogy a sejt semmiféle új tulajdonságot nem nyer azáltal, hogy tumorossá válik, hanem a differentiaált funkcióból veszít és pedig annál többet, minél tumorosabb. Ezen véleményét Fischer adatai a végtelennel felvett daganatos sejtproliferatio megdöntésével egy újabb oldalról támogatják. Ezután az előadó beszámol berlini ösztöndíjas évének munkaeredményéről.

A debreceni Orvosegyesület október 27-i ülése.

Bemutató:

Ökrös S.: *„A pocessus vermiformis nyálkahártyájának typhusos elhalása.”* — 22 éves asszonyon a fekélyes stadiumban lévő ileo-colotypus mellett a féregnyulvány ritkán előforduló elváltozása volt jelen. A féregnyulvány nyálkahártya elhalva és alapjáról leválva, csóalaku képlet alakjában, a féregnyulvány végén lencsénél nagyobb, foszlányos szélű perforatiós nyíláson keresztül a boncoláskor kicsuszott. A leválás a submucosa és a belső kör-körös izomréteg határára következett be, ami az itt különösen súlyos eves phlegmonosus gyulladásra vezethető vissza. A demarcálódott nyálkahártya bakterium-telepektől áthatott szemcsés csó melyben az egyes véredényfalak és kötőszöveti rostok még megkülönböztethetők, de a nyiroktelepek és a mirigysövények már elpusztultak. Az izomrétegek és a subserosa vándorsejtesen beszűrődtek.

Jáki Gy.: Az appendix typhusos elváltozásai ismertek. A typhusos és a banalis appendicitis között a műtői indicatio szempontjából különbséget tenni nem szabad. Utal a differential-diagnostikai nehézségekre. Kétségtelen typhusos appendix perforatiót a sebészeti klinikán nem észleltek, aminek okát radicalis műtői felfogásokban látja.

A typhus folytán elhalt egyének boncolásakor a féregnyulvány kivétel nélkül mindig mutat enyhébb, vagy súlyosabb fokú elváltozást, sőt ritkán előfordulnak olyan esetek is, amikor a bélelváltozások az appendixban a legsúlyosabbak. Az idei typhus járvány alatt ezideig elhaltak boncolásakor három esetben (2%) volt féregnyulvány perforatiója.

Ökrös S.: *„Chorionepithelioma látszatát keltő abortus utáni sepsis.”* — 1932. VII. 7.-én abortushoz társult septico-

pyaemia folytán elhalt 27. éves nő boncolásakor a bicuspidalis billentyű verrucosus gyulladása és ezzel kapcsolatban a szív a vesék, a belek és a pajzsmirigy emboliás eredetű vérzéses tályogjai találtak. Az agyban kölesnyi, egészen tyúktojásnyi, a vékonybelekben pedig borsónyi réteges szerkezetű friss vérzéses gócek mutatkoztak, amelyek makroszkoposan chorionepithelioma alapos gyanúját keltették. Mikroszkopos vizsgálatkor kitűnt, hogy vérzést okozó chorionbolyhám a leukocytáktól áthatott, vérzéses gócekban nincs. A vérzések forrásai bakterium-emboliák miatt részint teljesen, részint körülírtan elhalt apró arteriák falrepedései voltak. Egyes arteriák fala az embolia helyén aneurysmaszerűen kitágult. — Az agy vérzéses gócai a halál előtt néhány nappal a végtagokban clonusos rángásokat és anaesthesiákat, a pupillák részéről pedig anisochoriát okoztak.

Előadás:

Zempléni V. Gy.: „Gátvédelem. — Gátrepedés. — Gátmetés. — Gátvarrás.” — A belső nemi szervek élettani helyzetét a függesztő és támasztó készülék épsége biztosítja. Halban és Tandler megállapítása a plastikai műtétet helyes irányba terelték. A szülés utáni gátvarrásoknál azonban nem részesülnek kellő figyelembe. A túlzásbavitt gátvédelem káros. Feleslegesen megnyújtja a szülést. Káros a magzatra. A medencefenék teljes szétválását eredményezi. Ott négy évtized előtt a gátrepedés mindenáron elkerülését pseudoconservativismusként nevezi. Híve az idejében végzett episiotomiának. Magángyakorlatban az először szülőknél 66%-ot tesz ki a gátmetészek száma. A berepedt vagy bevágott gát varrásakor fontos az anatómiai reconstructio. A rétegek helyes felismerését megkönnyíti a bemutatott gátsebtérpező. Az eredetileg Blumberg által ajánlott műszerre középen sebhorogot illesztetett. Ez a horog a gátsebt alsó zugát a végbél irányában húzás alatt tartja. A szükséges magasságban csavarral rögzíthető. Jól láthatóvá válnak a rétegek, kitapinthatók a levatorok. Ugyanezt a célt szolgálja a Sellheim-féle műfogás, vagy Scherbach-féle végbél-lehúzó műszer. A gát helyes reconstructiójával későbbi descensusok és prolapsusok elkerülhetők.

Kovács F.: A köztudatban még most erős az ellenszenv a klinika iránt, mivel ott a szüléskor „mindenkit bevágnak”. Egyetért előadóval, hogy nem szabad bevárni, főleg először szülőknél a gát túlnyújtását még akkor sem, ha repedés veszélye nem fenyeget, hanem episiotomiát kell végezni. A gátvédelem tulajdonképeni lényege különben szintén nem a repedése, hanem a túlnyújtásnak a meggátolása az által, hogy a maximalisan flectált fejet a megtámaszkodás után optimalisan kigördülni sietesszük és segítsük Rittgen-féle gát-felőli ellennyomással. A bemutatott szellemes eszköznek hátránya az, hogy complicate volta miatt egyszerűen drága, másrészt könnyen elromlik a sok kifőzés folytán. Ilyen eszköz nélkül is tökéletes sebfeltárást tudunk elérni megmosakodott segédlet nélkül azáltal, hogy a rombus alakú gátsebt négy sarkát egy-egy bőr illetve nyálkahártya öltéssel fonálhúzás alatt tartatjuk (a hosszú fonál végére helyezett ércsípőket nem mosakodott segéd is húzás alatt tarthatja, vagy akár széken stb. átvette húzhatjuk azokat; az alsó középső fonalat pedig ráakasztott súlyosabb műszerrel húzzuk lefelé).

Orsós F.: A fejnek húzamos beékelődésekor a méhnyak, a hüvelyboltozat és a hólyag izomzatában Zenker-féle viaszos elfajulás jöhet létre, ami súlyos esetekben decubitus-hoz, enyhébbekben pedig a sérült falrészek heges átszövődéséhez vezet. Ha a fej a kimenetben vesztegel húzamosabban és kivált ha a kézzel kifejtett ellennyomás is túl nagy volt, a gát izomnyálkahártyájában is jelentkezhetik Zenker-féle elfajulás. Makroszkoposan Orsós a szakadt, húzott gát izomzatán már észlelte a viaszos elfajulás jelenségét. Kíváncsolt volna a rendszeres mikroszkopos vizsgálat is. A gyógyulás functionalis eredménye bizonyára nagy mértékben függ úgy a spontán repedés, mint a prophylaktikus átvágás és a bonctani szerkezetnek megfelelő varrás után is attól, hogy a szétválás, illetve átmetszés előtt jelentkezett-e már a gát izomzatában az elfajulás. Ha igen, úgy az eredmény nem lehet tökéletes, minthogy az izomszövet tudvalevőleg nem regenerálódik.

Zempléni V. Gy.: A műszer 19.—P. Nem complicatebb, mint egy golyófogó, vagy magfogó. Egyszerűség és sterilitás szempontjából a közismert fonálhúzásnál jobb. Orsós hozzászólása is azt a felfogást igazolja, hogy a medencefenék izomelemeinek zavartalan működése érdekében addig kell a gátmetészt elvégezni, amíg a túlnyújtás és szétválás nem következett be.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Királyi Orvosegyesület folyó hó 25-i ülésének előzetes napirendje: Bemutatások: 1. *Horváti Lajos:* Raynaud-féle kór acetylcholinallal és röntgennel kezelt esete cukorhajoson. 2. *Winternitz Arnold:* Esetek a nyelőcső-sebészeti köréből. Előadás: *Preiszig Hugó:* Bakteriumokat fertőző mikrobákról. (Képek vetítésével; látcső használata ajánlatos.) Ezen napirend előzetes tájékoztatásul szolgál és változást szenvedhet.

A Közkórházi Orvostársulat november 23-i ülése: *Lendvay József:* Különös elhelyeződésű carcinoma papilla Varteri esete. *Jely Zoltán:* Műtétrel gyógyított szokatlan nagyságú küldökszínórsó. *Szenteh István:* Szülési akadályt képező cervicalis myoma. Előadások: *Kiss Gyula:* A liquorvizsgálat módszereiről. *Steinert Gyula:* A liquorvizsgálatokról.

A Charité Poliklinika orvosi kara f. hó 24-i ülésének tárgysorozata: Bemutatás: *Szemző György:* 1. Ileust okozó, majd per vias naturales távozó nagy epekő. 2. Coffein mérgezés esete különös tekintettel a coffeinnek a cukoranyagcserére történő hatására. Előadás: *Unterberg Hugó:* A vesemedencelob pathológiája, tünetana és gyógyítása.

Az Apponyi Poliklinika Orvosi tudományos társulása november 30.-án d. u. 7 órakor, az Apponyi Poliklinika előadótermében tartandó ülésének tárgysorozata. Előadás: 1. *Székelgy Gyula:* Van-e jelentősége a véresejt-süllyedési reakciónak az aortitis syphilitica prognosisának megítélésében. (Múlt ülésről elmaradt.) Bemutatások: 1. *Frankl Samu* Arsenobensol therapia után keletkezett agranulocytosis eset. 2. *Krausz Sára:* a) Tüdőcaverna eredetű embolia okozta aphasiás félhűdés esete. b) Typusos (Foix-Hillemandt-féle) thalamus-syndroma eset. c) Kisagy-nyultagyi glyoma esete. 3. *Kaufmann Irén:* a) Primaer sklerosis szakában fellépett lues cerebri esete b) Módosított elektród a frigiditás gyógykezelésére. 4. *Arató Géza:* a) Peripheriás facialis bénulás herpes zosterral kombinált esete. b) Bulbaerparalysis tüneteit utánozó garatúri fekély (neoplasma?) esete. *Ranschburg Pál:* Bal temporális lebenybeli tumor operált esete.

Tisztiorvosi tanfolyam és ezt követő vizsgák. A tisztiorvosi kiképzést szabályozó 22.925—1919 N. M. számú rendeletnek megfelelően 1933. évi január hó 8-án kezdődőleg Budapesten, a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézetben tisztiorvosi tanfolyamot és ezt követően tisztiorvosi vizsgát tartanak.

Azon orvosdoktorok, akik az orvosi vizsgára és az azt előkészítő kötelező tanfolyamra jelentkezni kívánnak, a hivatkozott rendeletek 12-ik §-ában foglaltak szerint kellően felszerelt és felbélyegzett kérvényeiket *Scholtz Kornél* dr. államtitkárhoz, a vizsgálobizottság elnökéhez címezve *Johan Béla* dr. a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet igazgatójának, a tanfolyam vezetőjének címére (Budapest, IX. ker. Gyáli út 4.) 1932. évi november hó 30. déli 12 óráig annyiival is inkább küldjék be, mert a később érkező kérvényeket nem veszik figyelembe.

A közszolgálatban állók kérvényeiket a felettes hatóságukkal láttamoztatni tartoznak.

A kérvényhez csatolni kell:

a) a születési anyakönyvi kivonatot, (vagy annak hiteles másolatát),

b) rövid életrajzot (curriculum vitae), amelyben a jelentkező végzett tanulmányairól, szakismereteiről és hivatásbeli működéséről — az összes vonatkozó okmányok csatolásával — számol be, időrendben,

c) a Magyarország területén érvényes (záradékolt) egyetemes orvosdoktori oklevelet vagy annak hiteles másolatát.

Hiteles igazolását annak, hogy a jelentkező gyakorlatra feljogosító orvosi oklevelének elnyerése után legalább egy évig egyetemi vagy kórházi szolgálatot, vagy legalább két évig magángyakorlatot folytatott.

Az egy évi önkéntesi minőségben a volt cs. és kir. hadseregben rendes orvosi szolgálatban eltöltött év abban az esetben, ha az illető az orvosi oklevelének elnyerése után szolgált le, egy kórházi szolgálati évvel egyenlő értékű.

A vizsgadíj 150.— P, amelyet a tanfolyamra felvett orvosoknak a tanfolyam megkezdésekor a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet Gondnokságánál kell lefizetniük.

Az 1933. évi tanfolyam tartama 9 hónapban állapított meg. A tanfolyamra legfeljebb 24 hallgatót vesznek fel.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA
POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR
REUTER KAMILLO

BELÁK SÁNDOR
HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Frigyesi József: Új módszer a cervicalis fluorkezelés gyorsítására és megjavítására. (1053—1055. oldal.)

Minder Gyula és Lenhof Antal: A gonorrhoea chemotherapiájáról, különös tekintettel a gonacrinra. (1055—1057. oldal.)

Stefancsik Szilárd: Az extragenitalis áttételek gyermekágyi sepsisben. (1057—1061. oldal.)

Berecsy Gábor: A vérnyomásmérés néhány hibaforrásáról és ezeknek elhárítására szerkesztett új sphygmomanometerről. (1062—1065. oldal.)

vitéz Schultz Ágost: Időelőtti nemi érettség előidézésére vonatkozó kísérletek. (1065—1067. oldal.)

Sipos Károly: Passiv átviteli kísérleteink salvarsantúlérzékenység eseteiben. (1067—1069. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései: (185—188. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészeti. — Gyermekegyógyászat. — Fülgyógyászat. (1069—1071. oldal.)

Könyvismertetés: (1071—1072. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1072—1074. oldal és a borítólapon III. oldalán.)

Vegyes hírek: (a borítólapon III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem I. női Klinikájának közleménye (igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár).

Új módszer a cervicalis fluorkezelés gyorsítására és megjavítására.*

Irta: *Frigyesi József dr.*, egyet. ny. r. tanár.

Hőkezeléssel a nőgyógyászatban már régen foglalkoztak; különböző módjait különböző betegségek ellen sikerrel alkalmazták. A különböző hőapplicációknak az utóbbi időig a gyakorlatban különösen két módja maradt meg. Az egyik az, amikor nem nagyon intenzív hőhatással, a circulatio fokozásával, vérbőség előidézéssel leginkább a chronikus gyulladásos állapotokat igyekeztek befolyásolni (fürdők, melegölítések, borogatások stb.), a másik, amelyet az utóbbi időben nagyon kiterjedten alkalmaznak, a diathermiás kezelés. Ezekben a ma is elterjedt hőhatásokon kívül ismételt megkísérelték, hogy körülírt helyre, a méh üregében, illetve a cervixben magasabb hőfok alkalmazásával érjenek el eredményt.

Ezek közül az eljárások közül a legismertebb volt a *Pinkus* által ajánlott és propogált atmocausis és cestocausis. Az előbbiben 110°-os forró gőzt vittek a méh üregébe, a cestocausis alkalmazásánál pedig két egymásba tolható, nagyjában sonda alakú csőben keringett a forró gőz, mely tehát nem közvetlenül érintkezett a méh nyálkahártyájával. A temperatura ezen a kezelésben 105—115° között váltakozott, a kezelés időtartama pedig aránylag rövid ideig 30—50 másodpercig tartott.

Pinkus és annak idején utána mások is, eljárását climacterikus vérzések, menorrhagiák, puerperalis endometritis ellen alkalmazta.

Ez a vaporisátiónak nevezett kezelés azonban hamar kiment a divatból, mert a vele elért roncsolás a méhben nem volt egyenletes és mert káros következményeit is

látták. De nem használták a szóban levő eljárást, főképpen azért sem, mert ugyanazokat az eredményeket később az operatív és sugaras kezelés tökéletesedésével enyhébb eszközökkel is sikerült elérni.

Schücking 1899-ben a német természetbúvárok gyűlésén Münchenben ajánlott helyi hőkezelésre egy általa szerkesztett méhsondát. (Zbl. f. Gyn. 1900. 16. sz.) Jó eredménnyel használta amenorrhoea, endometritis, chronikus méhnyakhurut és erosio esetében. Második közlésében hangsúlyozza, hogy a műszer inditójára utóbb még bővült. Kiemeli, hogy akkor még ez volt az egyetlen olyan műszer, ami a hőhatás pontos ellenőrzését megengedte és úgy sebészi célokra, mint a férfi húgycső-gonorrhoeájának gyógyítására is eredménnyel volna használható. Hangsúlyozza, hogy műszerének célja a legkisebb veszedelem nélkül fokozatosan emelkedő hőt kifejteni a kezelendő nyálkahártyára, égetés nélkül, tet-szés szerinti ideig.

Később *Seitz* 1908-ban Kölnben mutatott be egy általa szerkesztett, könnyen kezelhető, jól szabályozható hősondát. (Zbl. f. Gyn. 1910. 50 sz.)

Seitz jó eredménnyel használta amenorrhoea ellen, melyet eszközével a legtöbb esetben legalább átmenetileg meg tudott gyógyítani. Javasolta alkalmazását hypoplasia alapon nyugvó sterilitas és amenorrhoea ellen. Véleménye szerint azonban a műszer használata egyéb betegségekben nem indokolt.

Berge nehezen befolyásolható menorrhagiák és metrorrhagiák ellen, így kisebb myomák, endometritis, climacterikus vérzések esetén intrauterin diathermiás kezelést ajánl. (Arch. f. Gyn. 144 k. 524. o.) Szöveti vizsgálatokkal kimutatta, hogy a diathermiás kezelés elective hat. Égés, pörkösödés, kezelési módszerük mellett nem fordult elő. A diathermiás intrauterin kezelést jobbnak tartja az atmo- és cestocausisnál.

Tudvalevő, hogy a makacs, idősült, legtöbbször gonorrhoea utáni méhnyakhurut egyike a legnehezebben kezelhető betegségeknek. Kezelése néha nemcsak hónapokig, hanem évekig is eltart. Ez indokolta, hogy ellene különböző műtéteket, mint portio amputatiót, *Sturmdorf*-féle operatiót is végeznek.

*) Előadta a Magyar Orvosi Nagygyűlésen a Magyar Nőorvosok Társaságának 1932. június 14-iki ülésén.

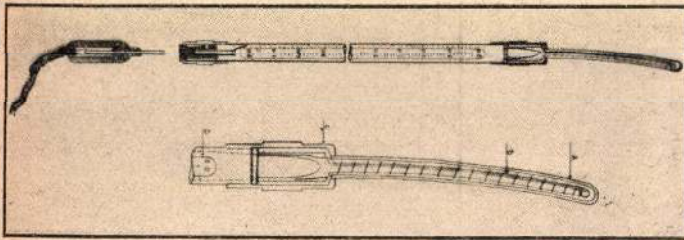
Eredetileg postgonorrhoeás és gonorrhoeás cervicális fluorok kezelésére mi is szerkesztettünk egy hősondát, mellyel főképpen a cervix endometritise esetén minden kellemetlen mellékhatás és csaknem előzetes tágitás nélkül ambulanter szoktuk a most felsorolt bajokat kezelni.

A fűtőtest 6. számú Hegar vastagságú, enyhén hajlított fémcsőben nyer elhelyezést, oly módon, hogy annak kiszélesített részében elfér a hőmérő higanytartálya is. A fűtést egy magas ellenállású vezeték szolgáltatja, mely izoláló anyagra csavarva csak részben tölti ki a fűtőtest belsejét, keskeny légréteg által elválasztva utóbbinak falától. E körülmény lehetővé teszi, hogy a sonda belsejében felmelegített levegő nagy felületen érintkezze a hőmérő higanytartályával, illetve, hogy a higanyoszlop tágulása arányos legyen a fűtőtest felületén megjelenő effectív meleggel.

A hőmérő ablakos fémtokban foglal helyet, vizmentesen izolálva miáltal az egész műszer vízzel, alkohollal tisztítható, anélkül, hogy rövidzárlat jönne létre.

Használat előtt valamely pantostat endoskopiára szolgáló vezetékbe kapcsoljuk be a hősondát és előmelegítéssel állítjuk be a kívánt hőfokot. Az előmelegítés a fűtőtest magas ellenállású vezetékének lassú, fokozatos megterheléséből áll. Akkor helyes, ha alatta a higanyoszlop *lassan* emelkedik. Hirtelen, nagy megterhelésnél a higanyoszlop tágulása nem képes követni a fűtőtestben keletkezett hőt, mely rendszeren magasabb, mint a hőmérő által mutatott hőfok. Egyben csak helyes melegítéssel lehet elérni, hogy a sonda hőmérséke ne ingadozzék.

A műszer tisztítása szappanos lemosásból és kezelés előtt alapos alkoholos ledörzsölésből áll. A műszer beszerezhető Rédl—Jonke és Társa orvosi műszer kereskedésében, VIII. Mária-u. 42.



Mint annak idején Seitz is tette, szövettani vizsgálatot végeztünk — 15 esetben — arra vonatkozólag, milyen morfológiai elváltozást idéz elő a méhnyak, illetőleg méhtest belfelületén a hőkezelés. 5—10 percig alkalmazott méhnyaki és méhüri kezelés hatását vizsgáltuk, részben méhkaparékban, részben a kezelés után különböző idő elmúltával eltávolított beteg uterusokban. 50—70°-ig terjedő hő mellett maradandó, mélybe terjedő elváltozást nem találtunk. Megállapítottuk, hogy 10 percig 50—55°-os kezeléssel elegendő hatást érünk el, anélkül, hogy kiterjedtebb égést, obliterációt okoznánk.

A hősondával történő kezelés után mutatózó szöveti elváltozások különbözőek aszerint, hogy mily fokon, mennyi ideig történt a melegítés és a méh a hősondával történő kezelés után mennyi idővel került vizsgálat alá. A legkifejezettebb elváltozások ott láthatók, hol az égetés 70°-on 10 percig történt s a méh eltávolítása az égetést követő napon következett be. Hasonló kifejezett szöveti elváltozások találhatók azon esetekben is, hol az égetés 60°-on 5 percig történt.

Az égetés után 10 nappal történt kiirtáskor (10 perc 56 fok, 481. lab. sz.) a méhen már reparatív törekvések is láthatók s a belfelületet egyes helyeken már hengerhám fedi, másutt a vérbő és fellazult myometrium felülete lecsupaszított. A fedő nyálkahártya helyett a felületet sejtdetritus és fibrintömegek fedik, melyekbe helyenként fibroblastsejtek nyomulnak elő. Feltűnő ezeken a helyeken a kiterjedt szövetközi vérzés, mely az ereket körülveszi. E helyeken nagyszámú fehérvérsejt beszűrődés is található.

17 nappal az 5 percig 55 fokon történt melegítés után (82—932. lab. sz.) a restitutio helyenként már kifejezett. Így egy supravaginalisan amputált uteruson az amputatio szintjétől felfelé még kb. $\frac{3}{4}$ cm-nyi hosszúságban cervicális nyálkahártya található. A felszínt mindenütt ép cervicális hám borítja. A hám alatt erős kereksejtes beszűrődés és tág vérbő capillarisok láthatók. Az isthmusban a nyálkahártya csak helyenként található meg s mindenütt igen erős kereksejtes beszűrődés és tág, vérbő capillarisok láthatók. A méh fundusából készített metszeteken csak a nyálkahártya basalis rétege látható. A nyálkahártya felszínén hám csak egyes szigeteken található.

Két, illetőleg egy hónappal a hősonda kezelés után (8 perc 50°) supravaginalisan amputált uteruson csak az tűnik fel, hogy az endometriumban makroszkoposan nagyobb számú, hosszanti lefutású, tág erezettség látható. Az erek az amputatio niveaujában vastagabbak s a fundus felé lefutásukban elvékonyodnak. Szöveti metszeteken az endometrium felszínét mindenütt szabályos egyrétegű alacsony hengerhám borítja. A méhnyálkahártya jórészt a basalis részekből áll s a functionális réteg igen alacsony. A hám felszíne alatt s a mirigycsövek mentén erős kereksejtes beszűrődés látható, mely a basalis rétegbe is betérjed. Egyes helyeken a capillarisok a hám felszíne alatt láthatók s körülöttük szövetközi vérzés található.

Miután a sonda rendelkezésre állott és e kísérletek után látszott, hogy vele ambulator megfelelő hőhatást lehet kifejteni, elsősorban mi is a chronikus cervix gonorrhoea kezelésére gondoltunk. Régen ismert a gonococcusok thermolabilitása. Ismeretes, hogy a gonococcusok bizonyos hőfokon túl elpusztulnak és hogy ez a hőfok a szövetek coagulatioja előtt, tehát a szövetek ártalma nélkül is elérhető az élő szervezetben.

A gonococcusok hőérzékenységet behatóan Santos tanulmányozta. Santos kísérleteit diathermiával végezte oly módon, hogy két elektrod közé friss gonorrhoeás váladékot tartalmazó agartáptalajt helyezett. Kísérletei azt mutatták, hogy a gonococcusok 40 fok C-on 6 óra alatt, 42 fok C-on 1 óra 57 perc, 44 fok C-on 1 óra 45 perc, 45 fok C-on 30 perc, 46 fok C-on 20 perc, 48 fok C-on 10 perc és 50 fok C-on már 4 perc alatt pusztulnak el.

Ezen rendkívül tanulságos kísérletekkel szemben Kowarschik szerint kétségtelen, hogy a hőérzékeny baktériumok az élő szervezetben mint természetes táptalajon nagyobb ellenállást tanúsítanak a hőhatással szemben, mint azt a laboratoriumi kísérletek mutatják.

Eitner volt az első, aki a gonorrhoeát diathermiával kezelte. Őt követik Santos, Boerner és Schmidt. Boerner és Santos sonda alakú elektródot használnak több külső elektróddal. (Med. Klinik 1914. 25. sz.) Boerner-Schmidt-tel 200 ilyen módon kezelt gonorrhoeás esetről referál és igen jó kezelési eljárásnak tartják, főképen chronikus gonorrhoea és complicatioinak kezelésében (Strahlentherapie 1916. 7. köt.) Lindemann a méhnyakra illeszthető olíva elektródot ajánl a cervix gonorrhoea kezelésére.

Mi az általunk szerkesztett hősondával a cervix-gonorrhoea és ennek következtében fennálló idült cervicális folyás kezeléséhez fogtunk. Schröder legújabb vizsgálataiból kiderül, hogy a cervix gonorrhoeának némelyik makacsabb, vagy súlyosabb eseteiben a mirigyek körüli beszűrődések egészen a mirigyek legmélyebb részéig követhetők és a mirigy mélyén is vannak kis tályogok, amelyekben gyakran gonococcusok mutathatók ki. Ezen kívül Schröder is megállapítja, hogy az esetek egy részében az infectio a mirigyek felszínes részében zajlik le és hamar is gyógyul. Schröder ép azért, mert az eddigi méhnyak kezelés a nyálkahártya mélyebb részébe természetesen

nem hatolhat be, ezért tulajdonképpen minden intracervicalis therapiát céltalannak és feleslegesnek tart.

Mivel pedig az eddigi cervix kezelést mi is céltalannak és eredménytelennek találtuk, kezdtük meg a hősonda kezelést, remélve, hogy sikerül így a gyógyhatást a mirigyek mélyéig kifejteni.

A méhnyaknak e sondával kezelése általában fáj-dalmatlan. Ha a belső méhszáj fölé akarjuk vezetni, avagy ha feltűnően szűk a méhnyak, a kezelés előtt néhány Hegar-ral tágítanunk kell. Tág méhnyakban, vagy méhürben a sondát felváltva a méhfal különböző részéhez tartjuk, hosszabb, rövidebb ideig. Így a kezelés folyamán a méh, illetőleg a méhnyak belfelülete a sondával mindenütt érintkezésbe jut. Erre a célra az egyébként használt 6-os Hegarnak megfelelő sonda helyett a vastagabb, 8-as Hegar-tágítónak megfelelő sondát használjuk.

Folyása miatt 28 beteget kezeltünk. Az esetek legnagyobb része már hosszú ideig fennálló, — némelyik évekig minden kezeléssel dacoló, — genyes folyás volt. A legtöbbnél nagyfokú erosiót is találtunk. Főként postgonorrhoeás fluorok voltak. 6-nál az anamnesis szerint teljesen biztos volt a kankós eredet. A kezeléskor azonban a bakteriologiai lelet már nem mutatott gonococcusokat. Majdnem mindegyik esetben III/b. tisztasági fokú, szennyes folyást állapítottunk meg. A 28 betegből gyógyult 21, javult 6, nem gyógyult 1. A gyógyulás a beteg subjectiv bemondata alapján és a cervicalis fluor többbizben makroszkopos és mikroszkopos vizsgálatából állapítottuk meg. A gyógyulással parallel az eseteknek csak kisebb fele mutatta egyszersmind a folyás tisztasági fokának — (Reinheitsgrad) — javulását is.

Általában 10 percig 55°-on történt cervicalis kezeléstől láttunk jó eredményeket. Legtöbbször 2 vagy 3 kezelés elegendő volt; kivételesen — összesen két esetben — történt 4—5 kezelés. Az egyes kezeléseik között átlag 1 hét esetleg a közben lévő menstruatio miatt 2—3 hét telt el.

Azt tapasztaltuk, hogy a kezelés után 3—4 napig bővebb és hígabb lesz a secretio, azután azonban lényegesen csökken. Hüvelyhurut esetén a hüvelyfal hypersecretioja miatt néhány bolus kezelés vagy hüvelyöblítés alkalmazásával egészíthető ki a kezelés.

Egy idült kétoldali méhfüggelékgulladás a harmadik hősonda kezelés után 8 nappal kilobbant, két hetes lázas állapot következett be. A hősondázással közvetlenül összefüggő káros utókövetkezményt azonban — 3 esetben látott felületes és semmi tünetet nem okozó kis portio-fekélytől eltekintve, — nem láttunk.

Az egyetlen positiv gonococcus lelettel kezelésbe vett nőbeteg bakteriologiai lelete két kezelésre negativ lett. Utólag még vaccina- és helyi kezelésben részesült, prophylaxisból. Azóta is panaszmentes.

Gonorrhoeás esetekben, ha a húgycső is beteg, annak hőkezelését is szükségesnek tartjuk. Az itt alkalmazandó hőfok és időtartam szempontjából azonban még további tapasztalatokra van szükség, úgy látszik itt 50° C-nál fogunk megállapodni.

A kezelésen kívül jól használható a sonda gonorrhoea gyanús betegeken provokálásra is.

A gyógyító eljárás feltűnő hatására jellemző néhány esetet az alábbiakban említek:

1. S. J. 30 éves, másfél éve koraszülés, azóta folyás. Sósfürdők, ichthyol, faecetes füröszítés, pellidoltampok nem használtak. 1932. jan. 26-án bő, genyes fluor (tisztasági fok III. b.), pengőnyi erosió a méhszáj körül. 5 perc 55°-os kezelés. A fluor lényegesen csökkent. Csak a következő menses után erősödött ismét. Február 15-én második sonda-kezelés 10 perc 55°-on. Ezután még 3—4 napig érez

folyást a beteg, azóta panaszmentes. Április 28-án jelentkezik ellenőrző vizsgálatra. Minimális erosiót, a normálisnak megfelelő cervixváladékot találunk. Folyása megszűnt.

2. Sch. A. 28 éves, egy éve szült, azóta folyása van, mely sósfürdő, diathermia, ichthyolos tampon-kezelésre nem múlik. 1932. febr. 16-án 10 perc 55°-os kezelés. Folyása csökken. 1932. márc. 9-én 10 perc 55°-os második, majd április 6-án harmadik 10 perc 55°-os kezelés. Tiszta cervicalis nyákcsapot találunk. Ezután 4 héttel egy hónapos terhességgel jelentkezik az asszony.

3. F. de Ch. 29 éves beteget bel- és külföldi szakemberek 5 éve kezelik. 6 hónapig heti 3 kezelést kapott, ezenkívül éve-kig diathermiás, helyi és általános kúrák eredménytelenül végződtek. 1932. márc. 5-én és 16-án egy-egy 10 perc 55°-os hősonda-kezelés után panaszmentes a beteg. A méhnyak normális nyálkát secernál. Gyógyultan távozik. Időnként kevés, híg vaginalis váladék, a cervicalis váladék csaknem megszűnt. További kezelést elutasítása miatt nem folytathatott.

Összefoglalás. Vizsgálatainkból meggyőződünk arról, hogy a hősonda-kezeléssel járó sérülések maradandó és mélyreható kárt nem okoznak. Eseteink gyógyulásából pedig azt láttuk, hogy segélyével a legmakacsabb méhnyakhurutot is az eddigi kezeléseknél sokkal rövidebb idő alatt és eredményesebben tudjuk meggyógyítani. A dolog természetében rejlik, hogy bizonyára eredményesen fogjuk felhasználni, mint a gyógyítás egyik fontos tényezőjét a gonorrhoea bizonyos localisatiójánál. Szóba jöhetne még alkalmazása, mint azt Seitz ajánlotta, hypoplasia, amenorrhoea és sterilitas esetében is.

Irodalom: 1. Berge: Arch. f. Gyn. 144. k. 524. o. — 2. Evening: Deutsch. M. Wschr. 1923. 35. sz. — 3. Eitner: Wien. klin. Wschr. 1909. 34. sz. — 4. Fuchs: Zbl. f. Gyn. 1901. 27. sz. — 5. Fuchs: Münch. Med. 1901. 22. sz. — 6. Fuchs: Mschr. f. Gyn. 27. k. 487. o. — 7. Giesecke: Zbl. f. Gyn. 1918. 27. sz. — 8. Guthmann: Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes II. k. 570. o. — 9. Koslenko: Zbl. f. Gyn. 1901. 17. sz. — 10. Kowarschik: Wiener kl. Wschr. 1930. 106. o. — 11. Lindemann: Mschr. f. Gyn. 1923. 56. f. — 12. Laquenz: Zschr. f. Geb. u. Gyn. 74. k. 211. o. — 13. Mandener: Zbl. f. Gyn. 27. k. 837. o. — 14. Nagelschmidt: Lehrb. d. Diath. Berlin 1926. — 15. Nicola: Le cure ipotermiche diatermiche nelle ofoffezioni blenorragiche. Bologna 1924. — 16. Robinson: Diathermy for gonorrhoeal cervicitis. Lancet 1922. 179. — 17. Roucayrol: Tome 182. 1926. 10. sz. — 18. Pfannenstiel: Mschr. f. Gyn. 1906. 23. sz. 601. o. — 19. Pincus: Zbl. f. Gyn. 1898. 10. sz. 256. o. — 20. Pincus: Zbl. f. Gyn. 1899. 4. sz. 113. o. — 21. Pincus: Zbl. 1901. 16. sz. — 22. Pincus: Zbl. 1901. 34. sz. 964. o. — 23. Pincus: Zbl. 1902. 8. sz. 200. o. — 24. Pincus: Zbl. 1902. 22. sz. — 25. Pincus: Zbl. 1902. 29. sz. 779. o. — 26. Schmidt: B. Kl. Wschr. 1918. 8. sz. 184. o. — 27. Santos: Wiener Kl. Wschr. 1915. 37. sz. 1020. o. — 28. Schröder: Derm. Wschr. 1931. 21. sz. — 29. Schröder: Zbl. f. Gyn. 1931. 48. sz. — 30. Schücking: Zbl. f. Gbl. 1900. 16. sz. — 31. Schücking: Zbl. 1900. 28. sz. 731. o. — 32. Seitz: Zbl. 1910. 50. sz.

A Pázmány Péter Tud. Egyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár).

A gonorrhoea chemotherapiájáról, különös tekintettel a gonacrinra.

Irták: Minder Gyula dr. egyet. magántanár és Lenhof Antal dr. egyet. gyakornok.

A chemotherapia a gonorrhoea kezelésében aránylag rövid multra tekinthet vissza. Janetnak már 1912-ben feltűnt, hogy az olyan betegek gonorrhoeája, akik egyidejűleg antilueticus kúrában is részesülnek, más képet mutat, mint akiknek luesük minczen. Meg is kísérelték a gonorrhoeát salvarsannal kezelni, de eredmény nélkül. Nagyobb jelentőségre tett szert a trypaflavin, melynek intravenás alkalmazását 1918-ban Bohland vezette be. Ezt követőleg a trypaflavinnal kezelés annyira elterjedt, hogy 1920—1925-ig a gonorrhoea trypaflavin kor-

szakáról beszélhetünk. A trypaflavint 1—2%-os oldatban rendszeren 5 cm³-nyi mennyiségben fecskendezzük venába. Hugycső öblítésekre is ajánlották 1:5.000 koncentrációban, de e téren a vele rokon rivanol kiszorította. E gyógy-eredmények értékelésében nemcsak a vélemények s a kísérleti eredmények eltérők, hanem a kezelési módban is nagy változatosságot találunk. Általában kétféle a kezelés: az egyikben a trypaflavint intravenásan alkalmazuk minden egyéb localis kezelés nélkül. a másikban a localis kezelést is igénybe vesszük. Az elsőről bebizonyosodott, hogy a gonorrhoea gyógyítására elégtelen. A legoptimistább szerzők is csak az esetek 5—10%-ában láttak ilyenkor eredményt. Lényegesen más a helyzet, ha ugyanakkor localis öblítéseket is végeztetünk. Ilyenkor abban áll a jó hatás, hogy az öblítő folyadék koncentrációja csökkenthető és posterior folyamatok kifejlődése aránylag ritkább. Különösen *Skutezky* hangsúlyozza, hogy ha intravenás trypaflavin kezelés mellett ezüstcyanatos Janet öblítéseket alkalmazunk, a szokásos eredményeknél sokkal jobb gyógyeredményeket érünk el. Ezzel szemben számosan a trypaflavinnak még ezen adjuvans szerepét is kétségbe vonják, sőt mivel halálos complicatiók is ismeretesek, teljesen elvetendőnek tartják.

A trypaflavin-kezelés tehát általában nem vált be, nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy bizonyos esetekben mégis csak gyógyhatás volt elérhető s így ez sem tekinthető teljesen indifferens szernek. A vele azonos gonoflavin, acriflavin és chromacrin néven ismeretes szerek hatása ugyanolyan.

Egyéb festékanyagokkal is történtek kísérletek, így methylenkékkel, gentiana-violett, továbbá methylphenol serummal, de minden eredmény nélkül. Nagyobb jelentőségre csak a *Joung* által megalapozott mercurochrom therapia tudott szert tenni.

A *mercurochrom* főleg Amerikákban elterjedt antisepticum, melyet nemcsak gonorrhoeás, hanem egyéb gyulladásos folyamatokban is alkalmaznak. Európában toxikus hatásai miatt veszélyesnek tartják. Alkalmazása 1%-os oldatban történik: 10—20 cm³-nyi mennyiségben. *Joung* és *Witmann* szinte csodálatos gyógyulásokról számolnak be. Így *Joung* egy esetében sikerült egy akut gonorrhoeát egyetlen intravenás *mercurochrom* adaggal 8 nap alatt teljesen meggyógyítani, *Witmann* 3—4 injectióval érte el ugyanezt a hatást minden egyéb localis kezelés nélkül.

Bár fentartással kell az ilyen eredményeket fogadnunk, hiszen épen amerikai szerzők között is sokan cáfolják, mégis e szórványos esetek is amellettszólnak, hogy a gonorrhoeának chemotherapeuticus úton gyógyítása nem tartozik a lehetetlenségek közé. Az eddigi tapasztalatokból az tűnt ki, hogy a gonococcusokra chemiai úton specificusan ható souverain szerünk ugyan nincsen, mégis kétségtelen, hogy az acridinszármazékok és *mercurochrom* figyelemre méltó eredményeket mutatnak fel.

Minthogy a francia irodalomban a trypaflavinnal rokon gonacrin alkalmazásától igen jó eredmények ismeretesek, mi 52 esetben különböző gonorrhoeás folyamatokban a gonacrin hatását figyeltük meg.

A gonacrin chemiailag diamino-acridin chlorhydrat, barnás-vörös por, mely vízben jól oldódik és sárga oldatot ad. Igen fényérzékeny, sőt photosensibilizáló hatása is van s azért adagolása közben a fokozott napozástól a beteg eltiltandó. Alkalmazása 2%-os oldatban 5 cm³-nyi mennyiségben történik, általában háromszor hetenkint. Acut esetekben, ha fokozott hatást akarunk elérni, néhányszor naponta is alkalmazható. Célszerű az első injectiónál a reactio megfigyelése végett csak gyengébb koncentrációjú (½%-os) vagy pedig kisebb mennyiséget adni.

Az injectio okozta reactio általában melegérzés, torokszárazság és pulszusszaporodásban szokott megnyilvánulni, amelyek azonban ½—1 percen belül elmúlnak, ritkábban nausea-szerű állapot, szorongás érzése, hányinger, levertség figyelhető meg; mindezek múlt jellegűek s veszélyel nem járnak. Lázás reactiók sincsenek és helyes technikával adott injectiók fájdalomtalanok, viszont a rosszul adott injectióknál a salvarsan therapiánál ismeretes complicatiókat láthatjuk. Az adagolás egyetlen hátránya a nagy festődőképesség, mely ruhát és végtagot tartósan megfest. A gonacrin alkalmazásának jogosultságát igen sok laboratóriumi kísérlet bizonyítja. Így ki-tűnt, hogy a gonacrin a gonococcusra hatszázszor hatékonyabb, mint a protargol és még 1:300.000 hígításban is baktericid hatást tud kifejteni. *Engelhardt* és *Dahlem* kísérletei az élő szervezetben kifejtett hatásról nyújtanak felvilágosítást. E szerzők kimutatták, hogy ha localis kezelés mellett acut gonorrhoeánál naponként kulturalis vizsgálatokat végzünk, úgy az 5.-ik napon még az esetek 90%-ában positiv eredményt kapunk. Ha ugyanazon feltételek mellett ugyanakkor másodnaponként intravenás gonacrin-therapiát alkalmazunk, úgy az 5.-ik napon a kulturáknak csa 40%-a lesz positiv. A gonacrin gyógyhatás bizonyítékának fogják fel *Engelhardt* és *Dahlem* azon megfigyelésüket is, hogy a gonacrin hatásra a localisan alkalmazott rivanol oldattal szemben a hugycsőnyálkahártya érzékenysége növekedik, ami abban nyilvánul, hogy a különben használatos 1:1000 oldat túlságos égést okoz s az öblítések csak sokkal gyengébb 1:3000—1:5000 oldatokkal végezhetőek. A gonacrin therapiát *Jausion* vezette be, aki 165 eset kapcsán minden eddigi therapiát felülmúló eredményekről számolt be. 153 esetben ért el teljes gyógyulást és pedig az injectiók számát tekintve, az alábbi eredménnyel:

5—6 injectiora gyógyult	22 eset
5—10 " "	43 "
10—20 " "	66 "
25—40 " "	8 "

Kétségtelen, hogy az esetek 5—10%-ában a gonacrin minden egyéb localis kezelés nélkül az acut gonorrhoeás folyamatokat meggyógyítani képes, localis kezelés kíséretében pedig a legtöbb szerző véleménye szerint hatékony adjuvansnak nyilvánul. Vizsgálatainkban arra helyeztük a főszólyt mi is, hogy minő gyógyhatást érünk el, ha a gonacrin adagolást localis kezeléssel kombináljuk. A szert az előírásához mérten 2%-os oldatban intravenásan adagoltuk. Hatásának megfigyelésénél a fluor csökkenésére, a váladék gonococcus mentesítésére, a vizelet feltisztulására s a subiectiv panaszok eltűnésére, végül pedig a gyógytartam, illetve a teljes gyógyulás bekövetkezésének idejére helyeztük a főszólyt.

Észleltünk összesen 52 beteget, akiknek kórisme szerinti megoszlása a következő:

	eset	gyógyult:	javult: v. lozatlan
Urethritis gon. ac.	7	6	1
Epididym. gon. ac.	20	8	10 2
Prostatitis gon. ac.	12	4	6 2
Prostatitis chr.	3	1	2
Cystitis gon. ac.	5	1	4
Abscessus prostatae (incindálva)	2	2	
Cowperitis	1		1
Prostatitis et peri-prostatitis non. gon.	1	1	
Arthritis gon.	1	1	
	52	24	24 4

A gonacrin intravenás alkalmazását indokoltnak tartjuk eredményeink alapján minden oly esetben, hol a localis kezelés bármely ok miatt kivihetetlen, így nagy-

fokú heveny tüneteknél, phimosis, hypospadiasisnál. Egyéb acut esetekben, ahol a localis kezelés kivihető, a gonacrin alkalmazását localis kezeléssel kombinálva ajánljuk, mert ilyenkor általában jobb az eredmények, mintha csak a szokásos localis kezelést alkalmazzuk. Localis kezelés nélkül egyedül intravenás gonacrin adagolásra csak egészen friss, 2–3 napos esetekben remélhető siker.

Jausion véleményét, mely szerint a gonacrin a gonorrhoea specifikus gyógyszerének tekintendő és úgy acut, mint chronicus esetekben gonacrinral localis kezelés nélkül minden eddigi eljárást felülmúló gyógyhatás érhető el, *tulzottnak tartjuk*. Az irodalomban ismeretes és saját eseteinkben is megfigyelhettük, hogy a gonorrhoea tisztán csak gonacrin intravenás terápiájával kivételesen gyógyítható. Ezen esetek azonban annyira szórványosak, hogy gyakorlati jelentőséggel nem bírnak. Ezzel szemben sokkal jelentősebbnek tartjuk a gonacrin azon előnyét, hogy enyhe localis kezeléssel kombinálva jobb eredményt érhetünk el, mint az eddig szokásos eljárásokkal.

Indokolt még a gonacrinral localis kezelés nélkül alkalmazása acut gonorrhoeás cystitisek és retentio nélküli prostatitisek esetén, melyek dysuriát okoznak. A heveny fájdalom ilyenkor is hamar eltűnnek. A gonacrin arthritisekre gyakorolt hatását csak egy esetben sikerült megfigyelnünk s így az eset kapcsán messzebbre menő következtetéseket vonni nem lehet, az irodalomban közölt esetekkel összevetve azonban a hatást kedvezőnek kell nyilvánítanunk.

Chronicus húgycsőfolyamatokban elért eredményeink nem nyújtanak elég tiszta képet, hogy végleges álláspontot foglaljunk. Kétségtelen, hogy a gyógyhatás nem oly kifejezett, mint acut folyamatokban, volt néhány igen sikerült esetünk, de általában a localis kezelés nem nélkülözhető s gyógyhatás csak akkor lépett fel, amidőn a gonacrin hatás értéke már problematicus.

Ami már most a gonacrin hatás mechanizmusát illeti, a vélemények nem teljesen egyezők. Kétségtelen, hogy a gonacrin a gonococcust a szervezetben belül megölni nem tudja, tehát nem tekinthető specifikus gyógyszernek. Ezzel szemben a gonorrhoeás folyamatokra kedvező hatását tagadni nem lehet. Mint a legtöbb festékanyagnál a hatás a festékanyagnak a szövetekbe beivódásán, illetőleg a vér, mirigy és szövetnedvekben áramlásán alapszik. Specifikus baktericid hatás csak kevés festékanyagról mutatható ki. A bakteriumok fejlődése azonban mégis akadályozott, amit azzal magyarázunk, hogy a szövetek beivódása rontja a táptalajt, a kiválasztásra kerülő festék pedig antiseptikusan ható öblítésként szerepel. Hogy e két komponens közül melyik a fontosabb, azt kísérletileg eldönteni nem lehet.

A gonacrin hatásában is két, a festékanyagokra általában jellemző sajátosságot kell alapul vennünk, annak hangsúlyozásával, hogy egy bizonyos fokú specificitás nem tagadható teljesen, mert hiszen kétségtelen, hogy az acridin származékok, de elsősorban a gonacrin a gonococcusokkal szemben oly sajátosságokkal rendelkezik, amelyekkel más festékanyagok ilyen mértékben nem rendelkeznek. Oly biológiai folyamatok szerepelnek itt, melyek előttünk jelenleg még teljesen ismeretlenek. Lehetséges mint Buzeu említi, hogy az antitestek fellépésének ideje bír e téren jelentőséggel, mert nem lehet indifferens egy chemo- vaccinotherapiás eljárásban, hogy az antitestek már az infectiót követő első, vagy pedig, mint előfordulhat, csak a 4–6 héten jelentkeznek. Ez irányú ismereteink azonban még kiegészítésre szorulnak, mert minden egyéb magyarázat, mint pl. a gonococcusok mobilisatiója, vitalitas csökkentése csak feltevés.

A gonacrin terápiával végzett gyógykísérleteinket vizsgálataink alapján a következőkben foglaljuk össze:

1. A gonacrin adagolása veszélytelen eljárás, mely káros következményekkel nem jár. Az injectiók után fellépő reakciók, mint melegségérzés, torokszárazság, szívdobogás, szédülés, hányinger, múltó jelenségek, melyek $\frac{1}{2}$ –1 perc alatt szűnnek meg.

2. Localis kezelés nélküli gyógyulást csak egy esetben láttunk, ami összes eseteinket véve alapul, alig 2%-nyi gyógyulást jelent. Ezen adat azonban ilyen szempontból nem értékesíthető, mert hiszen erre súlyt nem helyeztünk s a gonacrin már eleve csak localis kezelés kíséretében alkalmaztuk.

3. Acut eseteinkben a gyógyulás localis kezeléssel karöltve átlag 2–4 hétre 4–12 injectio hatására következett be, chronicus esetekben ugyanezen idő alatt csak javulás észlelhető.

4. Igen jó hatást láttunk acut gonorrhoeás cystisekben, továbbá prostatitisekben, ha retentio nem volt. Mindkét folyamatban a vizeleti ingerek és fájdalom már 1–2 injectio hatására megszűntek.

5. Epididymitis esetén gonacrin hatására nem láttunk jobb eredményt, mint a szokásos egyéb eljárások után.

6. Arthritis ellen az irodalomban hangsúlyozott jó hatást valószínűnek tartjuk, mert egy resistens esetünkben, ahol egyéb eljárás eredménnyel nem járt, 13 gonacrin injectióra teljes gyógyulást értünk el.

7. Chronicus esetekben kedvező hatást csak annyiban figyelhettünk meg, hogy váladékcsökkenés és vizelet feltisztulás következett be oly esetben is, amely a szokásos kezelésre alig változott. A váladék gonococcus mentesége, ill. a gyógyulás bekövetkezte azonban oly időpontban figyelhető meg, amidőn azt a gonacrin kizárólagos hatásának tulajdonítani már nem lehet.

A bécsi egyetemi I. sz. női klinika közleménye (igazgató: † H. Peham prof.; megbízott vezető: L. Kraul)

Az extragenitalis áttételek gyermekági sepsisben.

Irta: Stefancsik Szilárd dr., tanársegéd, a bécsi Collegium Hungaricum tagja.

Az áttételek jelenléte a gyermekági sepsis klinikai lefolyásában fontos állomást jelent. Ez ugyanis egyik kétségtelen jele a női nemiszerveket ért fertőzés generalizálódásának, tehát a szervezet oly bántalmának, mely legtöbbször kedvezőtlen kilátásokat nyújt. Ilyenkor a szervezet ellenállóképessége a bakteriumok virulenciájával szemben nem csupán egy helyen, a kórokozók behatolási helyén van igénybe véve, hanem mindenütt, ahol a szervezetet elárasztó bakteriumok tartózkodnak, illetve letelepedtek s pathogen hatásukat kifejtették. Ez olyan küzdelem elé állítja a szervezetet, amely legtöbbször a fertőző mikroorganizmusok győzelmével végződik.

Az áttételek, melyek tulajdonképpen szövet- vagy bakteriumembolia útján keletkeznek, a sepsis minden egyes formájának esetében és különböző bakteriumfertőzések mellett létrejöhetnek (Halban-Köhler, H. Schottmüller, P. Zweifel stb.). Ez egyébként a sepsis fogalmának Schottmüller szerinti meghatározásából önként következik, miszerint sepsisről akkor van szó, ha egy fertőző góc a szervezetet állandóan vagy időnként bakteriumokkal elárasztja. A gyermekági sepsisekben szereplő fontosabb és gyakrabban előforduló bakteriumok-

nak (a streptococcus pyogenes haemolyticus, a streptococcus putrificus, a staphylococcus aureus és albus, pneumococcus, a b. coli, a Fraenkel-féle gázbacillus és különféle anaerobok *H. Schottmüller*) különböző szervezetekben letelepedésük más. Így *Lenhartz* szerint különösen a staphylococcusok bírnak nagy hajlammal metastasis képzésére, mely megerősítésre talált (*K. Sommer*). *Sommer* anyagában pl. tüdőmetastasisokban 38 esetben staphylococcusok, 1-szer streptococcusok, 17-szer anaerobok és 6-szor egyéb baktériumok voltak jelen. Kb. hasonló megoszlást mutatnak a vesetályogok baktériumvizsgálatai is.

A vérben keringő szövetembolusoknak és baktériumtömegeknek letelepedésének helye szinte előre meg van határozva, aszerint, hogy ezen fertőző anyagok a vérpálya melyik részében keringenek. Így a vena cava rendszerében levő véridegen anyagok rendszerint a tüdőben, az ütőeres rendszerben levők pedig csaknem minden egyes szervben letelepedhetnek. A vérpályába behatolás a fertőzés elsődleges helyén, a genitáliákban van, hol ez vagy közvetlen úton, vagy a nyirokcsatornák, (illetve a ductus thoracicus) közvetítésével történik. A baktériumoknak a vénás rendszerbe történő jutása *M. Walthard* szerint a leggyakrabban a fertőzött folytonosság hiány capillaris és praecapillaris, illetve nagyobb vénák thrombusain való megtelepedés révén történik. Ez utóbbi főleg a lepény megtapadásának helyén szokott előfordulni. A nyirokcsatornába viszont többnyire azok a baktériumok kerülnek, melyek a szövet strómájában foglalnak helyet. E baktériumok a vérből az általános nyirokcsatorna falánál sejtelemei közé hatolnak s végül az ér lumenébe jutnak.

Az edénythrombusok sorsa függ a baktériumoknak a thrombus elemeire kifejtett hatásától és attól a reakciótól, amelyet a baktériumok és thrombuszövetek bomlási termékei a vena falán kiváltanak. Így, ha a thrombus elemeinek pusztulása lassú s ha az érfal gyulladásos reakciója mérsékelt fokú, a thrombusnak alkalma van a szív irányába növekedni. Ha a pusztulás gyorsabb, az érfalban a gyulladásos jelenségek kifejezettebbek, akkor inkább van alkalom, hogy a venafalból izzadmány s ezzel sejtes elemek (leukocyták) kerüljenek a thrombusba (phlebitis, thrombophlebitis). A thrombus ezen u. n. elgenyvedése teszi lehetővé, hogy baktérium tartalmú geny keverődjék az áramló vérhez („pyaemia”), mellyel együtt baktériumtartalmú thrombusdarabok is leszakadhatnak.

A vénák keringésébe ily módon bekerülő baktériumok, ha a reticulo-endothelialis apparatus sejtjei által nem vétetnek fel, továbbhaladhatnak s legvégül a tüdő capillarisaiban telepednek le (metastasis). Ha a baktériumokkal együtt a vérárammal baktériumtartalmú szövetdarab is együtt vándorol, az a jobb szíven keresztül az arteria pulmonalisnak, a szövetdarab méreteinek megfelelő kisebb-nagyobb ágát fogja eltömészelni. Az így képződött vérzéses infarctusban az odakerülő baktériumok elszaporodnak (fertőzött infarctus), mely végül a góc elgenyvedésére vezet (tályog). Ezen tályogok lehetnek többszörösek és több lebenyre terjedhetnek. Ilyenkor nagyságuk kisebb, sokszor lencsényi csupán, mások viszont nagyobbak, akárhányszor tyúktójs nagyságúak.

Az egyes tályogok, mint *Halban* és *Köhler* munkájukban említik, idősségük szerint különféle képet mutatnak. Egyszer az infarctus kezdődő elgenyvedése, máskor a megtámadott szövetterület elfolyósodása, majd üregképződés válik láthatóvá. A tályogoknak növekedése a szomszédos területekre közvetlen módon történik. Az infarctus eredeti háromszög alakját elveszti, miután a tályog többnyire gömb- vagy tojás alakú szokott lenni.

A tályog környezete a reactiv lobosodás képét mutatja, mely már szabadszemmel is látható. Ha a tályogok többszörösek, az egyes tályogokat vagy reactiv lobosodás jeleit mutató, atelektasiás területek választják el egymástól vagy egymással összefolynak.

Ha a tályog a tüdő felületét éri, a mellhártya is a bántalom körébe vonatik. Az ilyen széli tályog gyakori szövődménye, hogy a mellhártya üregébe tör be, amiáltal mellüri izzadmány (empyema) keletkezik. Máskor — bár ritkábban — előfordul, hogy a tályogüreg egy hörgővel van összeköttetésben, melynek falán a gyulladás különféle jelei messzire követhetők.

A tüdő-tályog elhatárolódása alkalmával erről a területéről eredő tüdő gyűjtőerekben gyulladásos thrombusok keletkezhetnek, melyekbe a fertőzött területéről baktériumok vándorolnak be, amelyek végeredményben a vena pulmonalis útján a bal szívbe jutva, a nagy vértörő elárasztják (*M. Walthard*).

Vannak esetek, amikor a vénás rendszerben áramló baktériumok a tüdő hajszálérhálózatán áthatolva a nagy vértörőbe jutnak be, anélkül, hogy a tüdő szövetében megtelepednének s ott pathogen hatásukat kifejtenék. Nagyon kivételes esetben — amit a teljesség kedvéért kívánunk megemlíteni — a baktériumok a nagy vértörőbe a tüdő megkerülésével is bejuthatnak. Ilyenkor a nyitva maradt foramen ovale az, amely módot nyújt erre (embolia paradoxa).

A nagy vértörőbe jutott baktériumok megtelepedésére legelőször a balszívfél billentyűi adhatnak alkalmat. Különösen áll ez az olyan esetekre, ahol már régebbi billentyű hiba volt jelen (*P. Zweifel*). Ilyen septikus esetekben többnyire az endocarditisnek ulcerosus formájával találkozhatunk, melyre jellemző, hogy kezdetben a billentyű borítékán csupán endothelnekrosis látható, mely baktériumokkal, fibrin és vértörmelékekkel vegyes thrombussal van befedve. E thrombus alatt a billentyű szövetének pusztulási folyamata tovább folytatódik és létrejöhet az u. n. billentyű aneurysma, illetve a billentyű szövetének teljes átszakadása. A billentyűt befedő thrombus részben szervül, részben a bennlevő baktériumok hatása folytán ellágyul s majd a véráram által lesodródva, a nagy vértörő területén különböző szervekbe elhurcoltatik.

A leggyakrabban a vesében, lépben és májban szoktak ezen embolusok megakadni, aminek magyarázatára a szervek edényelrendeződését és keringési viszonyait kell felvenni (*P. Zweifel*).

Megakadhatnak azonban egyéb szervekben is az embolusok. Így a myocardiumban, továbbá az arcus aortae területéről eredő edényekkel ellátott szervekben, elsősorban a szemben és agyban. De előfordulhatnak a harántesikolt izmokban, izületekben, csontokban, bőrben, parotisban stb. is. Szóval azt lehet mondani, hogy csaknem minden egyes szerv ki van téve a nagy vértörőben keringő szövetembolusok, illetve baktériumtömegek megtelepedés lehetőségének.

Az ilyen áttételes góckra kórbonctanilag jellemző, hogy egy-egy szervben többnyire többesével találhatók. Különösen a vesére jellemző ez, ilyenkor ezek a miliaris tályogok többnyire mindkét vesében megtalálhatók. A vese tokjának lehúzása után válik láthatóvá, hogy a megduzzadt vese felületén elszórtan vagy csoportosan sárgás, néha mindössze gombostűfej nagyságú, néhol egymással összefolyó góckok láthatók, melyek vörös udvarral vannak körülvéve. Bemetszve a góc közepéről geny ürül. Ilyen tályogokkal nemcsak a vese felületén, hanem a kéregállomány mélyebb rétegeiben is találkozhatunk. Emellett nem ritkán septikus infarctusok is vannak, melyek egyéb infarctusoktól abban különböznek, hogy

sokkal szélesebb hyperaemiás-haemorrhagiás zónával vannak határolva s közepük sokszor elgenyed, majd sequestrálódik.

Hasonló alakú és számú áttételes góccal találkozhatunk a lépben, májban, belekben, harántcsikolt izmokban. Az utóbbiakban Halban és Köhler szerint a tályogok többnyire subfascialisan ülnek. Amellett a környező izomállomány vérbő és savós izzadmánnyal van átvívva, mely később genyessé válhat. E folyamatnak legtovább a fascia áll ellen, mely, ha a bántalom körébe vonatik, ugyancsak elhal és lelelkődik.

Nagyszámú áttétel szokott lenni a bőrben is, már azok a nagyszámú pontszerű vérzések (ecchymosisok) is tulajdonképpen, mint Halban és Köhler említik, miliaris bakterium emboliák gyanánt foghatók fel s amelyek kiinduló pontjai lehetnek különböző folyamatoknak (pusculák, tályogok, phlegmonék stb.). Ezek az áttételes elváltozások halál után is megmaradnak, szemben az erythemával és exanthemával, melyek többnyire edényágulatok folytán jönnek létre, gyorsan keletkeznek, de gyorsan el is múlnak, hogy egy másik helyen ismét felbukkanjanak.

Az agyban levő áttételek is többesével szoktak előfordulni, azonban vannak esetek, ahol csupán solid tályogok kerülnek észlelés alá. Leggyakoribb előfordulási helyök ezen puerperalis tályogoknak a kisagy, melyek néha tyúktójsa nagyságot is elérhetnek (W. Sigwart).

Az ízületi áttételekben a genynek az ízület üregében felhalmozódásával járhat. Az ízületi porc uszálódik, majd a tokszalag is a bántalom körébe kerül. Ez kezdetben csupán a belső oldalon, később egész vastagságában tönkremehet, amely az ízületi üreg perforációjához, esetleg a csontvégek ficamodásához vezethet.

A parotiban, légcsőben, retroperitonealis kötőszövetben stb. előforduló tályogok mellett a gyermekágyi sepsises áttételeknek egyik legrettegettebb helye a szem. E tályogok előfordulhatnak a szem minden egyes részében. A leggyakoribb helye ezen áttételeknek a retina, mely kiindulási helyét képezi a legsúlyosabb puerperalis szemelváltozásnak, az áttételes panophthalmiának (W. Sigwart). A folyamat gyakran nem csupán az egyik szemre korlátozódik, hanem mint Sigwart említi, az esetek egyharmadában kétoldalt szokott fellépni.

A bécsi egyetemi I. női klinikán tíz év alatt, 1921—1930-ig bezárólag 33.332 szülés és abortus után a rendelkezésre álló szüléstörténetek feljegyzései szerint, a gyermekágyi sepsisek 18 esetében volt alkalmunk extragenitalis áttételeket észlelni. A tárgyalt kérdés szempontjából az esetek fontosabb kórtörténeti adatai a következők:

1. 41 éves MP. (950—1921.) Intézetén kívül orvosa méhkaparást végzett. Utána lázas lett, ízületi fájdalmasak lettek. A klinikára felvételkor j. o. parotistáj duzzadt, érzékeny. Stat. gyn.: uterus homályosan tapintható, b. o. param. érzékeny és beszűrődöttnek látszik. Haemocultura: negatív. J. o. parotistáján tályog fejlődik. Incisio, drainage. Genyben staphylococcus aureus. Később b. o. parotiban is tályog. 5 napi klinikai tartózkodás után exitus. Sectiós lelet: endometritis diphther. post ab., kétoldali thrombophlebit. purul. hüvelyben lepedékkel fedett fekélyek, cystitis, pyelonephritis, a baloldali vena spermatica thrombosisa, metastaticus tályogok mindkét oldali parotiban s két oldalt a tüdőben, diónyi tályog a baloldali szívgyomroc falában strumitis purul. májdegeneratio, chonikus léptumor.

2. 23 éves IP. (1331—1921). A klinikán rendes szülés. Episiotomia és varrása. 2 nap múlva láz. Láz typusa intermittáló, csaknem naponkénti hidegrázással. Haemocultura: negatív, mindkét tüdő fölött diffúz tompulat, mely később nagybodlik. Subicterus. 12 nap múlva exitus. Sectiós lelet: stat. uteri post partum, episiotomia sebe genyes lepedékkel fedett. Endometritis putrida. j. o. thrombophlebitis, számos diónyi tályog mindkét tüdőben, mindkét oldali fibrines pleuritis. Acut léptumor, a parenchymás szervek degenerációja,

májban cseresznyemagnyi tályogok. Genyben Gram negatív coccusok és rövid láncú streptococcusok.

3. 32 éves IVP. (2129—1921). Sima szülés a klinikán. Harmadik naptól kezdve intermittáló typusu láz, hidegrázásokkal. Haemocultura: negatív. 11 nap múlva exitus. Sectiós lelet: genyes endometritis a parametrium edények thrombosisával, a v. sperm. dext. genyes thrombophlebitise, úgyszintén a v. cava inf. is. Számos áttételes tályog, mindkét tüdőben fibrines pleuritis, léptumor, a parenchymás szervek zavaros duzzadása.

4. 34 éves IVP. (3292—1921). Utcái (iker) szülés. Intermittáló typusu láz, hidegrázásokkal, bronchitis. Haemocultura ismételtén is negatív. 46 nap múlva exitus. Sectiós lelet: az uterus és parametrium venái szabadok, obturáló thrombus a vena cava inferiorban, mely a v. hepatica beszájadásáig követhető. Multiplex részben fiatal, részben régebbi tályogok mindkét tüdőben. Endocarditis verruc. valvulae bicuspid.

5. 32 éves MP. (832—1922). Klinikára sepsis post ab. diag.-sal felvéve. Törzsön és végtagokon petechiák (sepsises eredetű). Alig egy napi klinikai tartózkodás után exitus. Sectiós lelet: plac. accreta, alig távolítható el. A vesében tályogok, a tüdőben összefolyó infarctusok, friss genyes pleuritis, j. o. acut léptumor.

6. 30 éves (945—1922). Koraszülés a klinikán, septikus lázak. Bronchitis, pneumonia. 7 nap múlva exitus. Sectiós lelet: mindkét tüdő alsó lebenyében lobularis pneumonia, kétoldali genyes, fibrines pleuritis, metastaticus tályog a trachea mellő falában a larinx alatt, metastaticus tályog a jobb mutatóujj I. interphalangealis ízületében, endometritis post partum.

7. 25 é. IP. (2776—1924) Koraszülés intézetén kívül. A gyermekágy 7. napján vérzett, orvosa tamponat vezetett fel és a klinikára utasította. Klinikán tartózkodása alatt pneumonia (infarctus?) szívtempulát nagyobb systoles zöreje (endocarditis?). Lép nagyobb. 9 napi klinikai tartózkodás után exitus. Sectiós lelet: 200 cm serosus folyadék a bal mell-üregben, a bal alsó lebenyben gyulladtos góccok, tüdőoedema, endocarditis verruc. rec. mitral. Parenchym. deg. a májban, genyes endometritis, j. param. beszűrődött, j. v. hypogastricában és spermaticában thrombosis.

8. 34 éves IP. (3547—1924). Intézetén kívül koraszülés, lepényleválasztás. Klinikára sepsis diag. beszállítva. Mellkasban pneumoniás elváltozások, a kismencedei vénákban thrombophlebitis. 8 nap múlva exitus. Sectiós lelet: endometritis ichor., absc. multipl. uteri cum perit. circumscript. Thromb. venar. param. utr. kolpitis purul; Absc. multipl. pulmonum. Tályogokban hosszúlancú streptococcus.

9. 21 éves MP. (2815—1925). Spontán szülés, episiotomia és varrása. A gyermekágy 2. napján lázas, azóta intermittáló láztypus, remissiókkal, illetve continua typussal. Haemocultura: negatív. Sacralis tájon decubitus, melyből retrovertebralis, illetve pararectalis tályog fejlődik. J. kéz és váll-izületek duzzadtak és fájdalmasak. Subicterus. Episiotomia sebe dehiscens. 38. napon exitus. Sectiós lelet: absc. parametr. absc. metast. retroperit. et regionis pectoralis dext. Léptumor, deg. parenchym. viscer. Genyben streptococcusok.

10. 29 éves MP. (2931—1925). Ab. incompl. (uterus nagysága két hónapos terhességnek felel meg). Befejezés ujjal. Haemocultura: negatív. Ismételtén vizsgálva nem haemolyzáló streptococcusok. Utóbbi időben tüdő felett diffúz tompulat, 35 nap múlva exitus. Sectiós lelet: absc. metast. lobi inf. pulm. sin. perfor. in cavum pleurale, pleuritis serofibrin. sin., jobb tüdő alsó lebenyben lob. pneumonia. Parenchymás szervek degenerációja. Méh nagyobb, petyhüdt, endometriumon genyes felrakódások. A bal v. ovaricában friss thrombus, a jobb v. ovaricában geny. Genyben diplococcusok és rövid streptococcusok.

11. 21 éves MP. (1011—1926). Abortus után vérzés miatt a klinikára beszállítják. Stat. praes.: tüdő, szív ép, pulsus 120 rphmikus, aequalis, középtelt, reflexek: negatív. Haemocultura negatív. Néhány nap múlva panophthalmia metast. o. d., beteg desorientált, Kernig positiv, szemmozgások kielégítőek, Babinsky negatív. Tüdő felett tompulat, mely j. o. a basison két ujjnyi szélességben különösen kifejezett. Tompulát később nagybodlik (metast?). Minden egyes szájadékon syst. zöreje. Lép nagyobb. 16. napon exitus. Sectiós lelet: polypus placent. suppur. uteri. Absc. metast. lien. renum. oculi dext. Hyperaemia et oedema pulm. endocarditis ulcer. et polyp. valv. semilun. aortae prograd. in valv. mitral. fere perfor. Degener. parenchym. et adiposa viscer. Tályogokban streptococcus pyogenes.

12. 25 éves IP. (77—1926. Háznál fogamutét kísérlet amit klinikán fejeznek be. Vérzés miatt lepényleválasztás. 3. naptól kezdve lázas. Episiotomia sebe genyes lepedékkel

fedett. 12 nap múlva exitus. Sectiós lelet: endom. puerp. bilat. abs. metast. lobi inf. pulm. utr. et pleurit. bilat. Tályogokban streptococcus.

13. 36 éves (1869—1926). Ab. mens. III. Kórházban befejezés. Sepsissel klinikára szállítják. Másnap exitál. Sectiós lelet: endomet. purul. Thrombophlebit. in region v. femor. dext. Absc. renum, degener. parenchym. viscer. tumor lienis acut., icterus univ.

14. 42 éves MP. (1216—1928). Ab. mens. III. Befejezés kiserlet után orvosa klinikára küldi be. Felvételtkor nyakcsatorna ujj számára átjárható. 2 és fél hónapos nagyságú méh, véres bűzös folyás, continua láz, izületei fájdalmasak. Vizelet: alb. positiv, üledékben kevés leuk. Tenyészet steril. Köhög, mindkét tüdő alsó lebenyében tompulat, mely növekszik. Cyanosis. 11 nap múlva exitus. Sectiós lelet: endomet. putrida. thromb. venar. paramet. utr. abs. metast. multipl. renum, infarct. renum et lienis pneumonia lobul. lobi inf. pulm. utr. Degener. parenchym. viscer. Lépből erősen haemolyzáló streptococcusok.

15. 23 éves MP. (2889—1928). Ab. mens. III. Befejezés. 5 nap múlva exitál. Sectiós lelet: endomet. ichor. cum thrombophlebit. venar. paramet. lat. utr. et ven. spermatic. dext., perit. purul. diff. abs. metast. pulm. pleurit. fibrin. tracheobronchit. diff.

16. 39 éves MP. (2928—1928). Ab. incompl. Vértés miatt a klinikára felvéve, ahol 3 nap után exitál. Sectiós lelet: endomet. post ab. abs. metast. pulm. sin. renum. Pleurit. fibrinoso-purul. lat. sin., pericarditis fibrinoso-purul. rec. tumor lienis acuta.

17. 27 éves MP. (336—1929). Otthon spontan szülés. Mint lázas gyermekágyast klinikára szállítják, ahol 5 nap múlva exitus. Sectiós lelet: uterus post partum. polyp. plac. subsequente haemorrhag. et endomet. putrida abs. metast. renum, tumor lienis acut. pneum. lob. confluens lob. inf. utr.

18. 43 éves MP. (2553—1929). Ab. incompl. Vértés. Klinikára felvéve 6 nap után exitál. Sectiós lelet: endomet. puerp. purul., lymphangit. et thrombophlebit. paramet. dext. abs. et infarct. pulm. dext. cum perfor. in cavum pleurale dext. (empyema).

A fontosabb mozzanatok kiemelésével, a vázlatosan ismertetett esetek, melyek egyszersmind boncolt esetek is, élénken demonstrálják, hogy a gyermekágyi sepsis metastasisok legkülönbözőbb szervekben jöhetnek létre. Mint a táblázaton is látható, a felsorolt szervek közül a tüdő az, amely aránylag leginkább van kitéve a véráramban keringő szövetelemek és bakteriumok megtelepedésének. Ez a körülmény az anatómiai viszonyokból könnyen érthető. Ugyanis a szervezetet elárasztó bakteriumok a fertőző góc felől a vivő erek, illetve nyirokerek útján kerülnek a véráramba. Ugyancsak a vivőerek vonszolják a leszakadt thrombus részleteket is, melyek, mint a bakteriumok, végeredményben a tüdőszövetben akadnak meg és telepednek le.

Áttételek helye:	Előfordulásuk száma:
Vese	7
Lép	2
Máj	1
Tüdő	10
Szem	1
Trachea	1
Izom	1
Szívizom	1
Izület	1
Parotis	1
Retroperitonealis kötőszövet	1
Bőr	1

Más a helyzetük a nagy vékör útján vonszolt szövetdaraboknak és bakteriumtömegeknek. Ezek, mint tudjuk, a legkülönbözőbb szervekben akadhatnak meg. A leggyakoribb helye ezen metastasisoknak, mint anyagunk is mutatja, a veseszövet.

Nem kell hinnünk, hogy a purperalis sepsis áttételei csak a tüdőben vagy más esetben csak a nagy vékör felől megtámadott szervekben szoktak jelentkezni. Anyagunkban, mint azt többször volt észlelhető, egymással kombinálva léptek fel (6 esetben) jelölve annak, hogy a vena

cava rendszerébe kerülő bakteriumtömegeknek nem tud minden esetben a tüdő gátat szabni. Ezen esetekben a tüdőben kifejtve pathogen hatásukat, útát törve maguknak, belejutottak a vena pulmonalis és a bal szív útján a nagy vékörbe. Ilyenkor, mint mondottuk, legtöbbször a szívbillentyűk vannak kitéve pathogen hatásuknak. Eseteink közül 3 alkalommal észleltük ezt. Mindegyik esetben a tüdőben kórbonctanilag kimutatható elváltozások (hyperaemia, oedema, tályog stb.) voltak jelen. Ilyen esetekben nem csupán a tüdő felől beáramló, hanem a billentyűk felől lesodródó bakteriumtömegek és fibrinfelrakódások megtelepedései is veszélyeztetik az egyes szerveket. E folyamatot szépen mutatja a 11. sz. eset, ahol tüdőhyperaemia és oedema stb. mellett endocarditis ulcerosa majd szem, vese és lépáttelek keletkeztek.

A folyamat természetéből az is következik, hogy a vérpályába időnként bejutó szövetrészeknek, de főleg bakteriumtömegeknek megtelepedésére nem csupán egy hanem több szerv van kitéve. Ez természetesen azokra az esetekre vonatkozik, ahol a bakteriumok tömegei már a nagy vékört lepték el, ahol a bakteriumtömegeknek a vérárammal elhurcolva, módjukban van különböző szervekhez eljutni. Ezt mutatják a mi eseteink is. Az általunk észlelt 18 esetből ugyanis a metastasisok 16 esetben több szervben voltak észlelhetők, míg 2 esetben csupán egy-egy szervben tudunk áttételeket találni. Mindkét esetben a góccok a tüdőben voltak, melyek a mellüregbe áttörve empyemát idéztek elő.

Az egész szervezetet, illetőleg az egyes szerveket ért ezen súlyos elváltozások természetesen nem maradnak rejtve. A sepsisnek általánosságban ismert klinikai képéhez csatlakoznak a megtámadott szervek részéről tünetek. A leghamarább a bőr részéről jelentkező jelenségek fogják magukra vonni a figyelmet. Így az erythemák, exanthemák, petechiák, suffusiók, pustulák, tályogok stb. mind olyan jelenségek, melyek figyelmet keltenek. Nehézséget okoznak néha az exanthemák, erythemák differenciálása, miután, ha hosszabb ideig fennállanak, erisypelással vagy scarlatina kiütéssel téveszthetők össze (W. Sigwart). Az utóbbival szemben differential diagnostikai momentumként említendő, hogy septikus exanthemák az arcon és végtagokon sohasem szoktak fellépni (P. Zweifel). Anyagunkban egy esetben volt alkalmunk petechiákat észlelni és septikus eredetüket megállapítani.

Hasonlóképpen hamar vonják magukra a figyelmet a harántcsíkolt izom és ízületi áttételek. Nemcsak azért, mert fájdalmat okoznak, hanem gyakran, különösen a felületesebben levő elváltozások, bőrijelenségeket (hyperaemia stb.) is idéznek elő. A fájdalmak fellépése különösen ízületi folyamatokban jellemző s mint W. Sigwart említi, legtöbbször már a folyamat elején fellépnek. Több ízület megtámadtatása esetén kezdetben nehezebb lesz a rheumatikus eredetet kizárni. Eseteink között egy alkalommal észlelhetünk ízületi metastasist, a jobb mutatóujj I. interphalangealis ízületében.

Itt említendő az agyi- és szemáttelek, melyek ugyancsak korán kerülnek észlelés alá. Az agy részéről beálló izgalmi és bénulások jelenségei, a koponyaüri nyomás fokozódásában jelentkező tünetek nem maradnak rejtve. Ugyancsak a szem részéről jelentkező panaszok sem, melyek, mint az általunk észlelt esetben is, egyoldaliak, máskor pedig kétoldaliak szoktak lenni. A szem ilyen gyulladásakor legtöbbször a fájdalom jelentkezik. Ehhez látászavar társul, mely néha rövid időn belül a visus teljes elvesztéséhez vezet. A panophthalmia eredetére vonatkozólag Sigwart két lehetőséget említ. Az egyik szerint a szem a purperalis sepsis góccal, a tüdőbeli keringésen keresztül, közvetlen összeköttetésben lehet

(Litten), míg a másik lehetőség szerint az áttételek létrejöttében az endocarditisek játszanak szerepet. Esetünk a jelenlevő endocarditis ulcerosa folytán az utóbbi csoportba sorolandó.

Nehezebb feladatot jelentenek a tüdőáttételek felismerése. Ugyanis a tüdő affectiójával fellépő subjectiv tüneteket, nevezetesen a köhögést, mellkasfájdalmakat stb. sokszor nagyon csekély physikalís eltérések kísérik. Különösen áll ez, mint azt Halban és Köhler említik a kisebb tályogokra, nem szólva a tályogok számának és helyének meghatározásáról, melyek ugyancsak a legnagyobb nehézséget jelentik. Sőt köpetvizsgálat sem nyújt erre vonatkozólag biztos támpontot. Így Halban és Köhler nagy anyagában pl. véres köpetet csak nagyon ritkán, bűzös köpetet s benne kimutatható tüdőszövetelemeket pedig egyáltalában nem találtak. Más lesz a helyzet nagyobb tályogok esetében, különösen, amelyekhez pyaemia is társul. Ilyenkor a helyi viszonyok is mások lesznek s a biztos kórisme felállítása sem jelent olyan nehézséget.

Még nehezebb azon áttételes góccok megállapítása, melyek a vesében, lépben, májban és egyéb szervekben foglalnak helyet. Jelenlétük többnyire csak boncolásnál válnak nyilvánvalóvá. Különösen áll ez a lépbe, májra, melyek ilyenkor megnagyobbodást, helyi érzékenységet stb. ugyan mutathatnak, amiből azonban nem lehet mindig tályog jelenlétére következtetést vonni. A vesetályogok anatómiai elhelyezkedésénél fogva a vizeletvizsgálat sem ad biztos támpontot, miután sem az albuminuria, cylinduria, haematuria és pyuria, sem pedig a vizeletből esetleg kimutatható mikroorganizmusok (bakteriuria) sem bizonyítóak még akkor sem, ha a vizeletet ureterkatheter által nyertük (Sigwart). Legfeljebb a veseszövetelemek, melyek a vesemedencével közlekedő tályog esetén találhatók volnának, utalhatnak vesemetastasis jelenlétére. Ez azonban nagyon ritkán várható.

Anyagunkban a lépben kétszer, a májban egyszer, a vesében pedig hét ízben volt alkalmunk tályogokat észlelni. Vesetályog eseteink közül csak egy alkalommal észleltünk ezzel kapcsolatos endocarditist (endocarditis ulcerosa), míg a többi esetekben ez nem volt kimutatható. E tény mindenestre Halban és Köhler megfigyeléseit erősítik meg, mely szerint vesemetastasisok azon esetekben lépnek fel, amelyekben az endocardium megbetegedése nem jött létre.

A septikus endocarditis felismerését illetőleg, mely egyike a legfontosabb és legsúlyosabb gyermekági áttételes megbetegedéseknek, jellemző, hogy ennek fellépése az általános állapot hirtelen rosszabbodásával jár. Jellemző, továbbá a gyorsult pulsus és légzés. A szíven objectív elváltozás, organikus zörej nem vehető ki mindig, amely a pontos diagnoszt megnehezíti. A szív részéről még súlyosabb szövödményt jelent a myocardiumban helyetfoglaló áttételes tályog. Ilyet eseteink között egyszer észleltünk, amely a balkamra falában foglalt helyet.

Arra a kérdésre, hogy a gyermekági endocarditisek folyamatok mily módon jönnek létre és miért a bal szív az, amely gyakrabban lesz megtámadva, nem lehet könnyen megfelelni. Elméletileg, mint azt Halban és Köhler kifejtik, elsősorban a tricuspidalis és az arteria pulmonalis billentyűi vannak kitéve a bakteriumok pathogen hatásának, miután a véráramba jutó bakteriumok és szövetrészek leg többször ezeket érik (kivételesen foramen ovale apertumnál, paradox embolia esetén, ezen képletek megkerülésével kerülhetnek a bal szívbe). Ebből az látszik tehát, hogy az endocarditis létrejöttéhez nem elegendő csupán a bakteriumoknak a billentyű szövetével

való érintkezésbe jutása, hanem egyéb körülmények (sérülések stb.) is szükségesek, amint azt a kísérleti vizsgálatok is bizonyítják.

Messzire vezetett volna, ha itt a bakteriologiai, haematologiai stb. vizsgálatokra is kitértünk volna. Ezek tulajdonképpen szorosan nem is tartoznak a kérdéshez. Ezek már a sepsis kórisméjének felállításában jönnek szóba. Nem akartuk részletesen tárgyalni az egyes szervek áttételeinek differential diagnostikai részleteit sem. Ezzel csupán reá akartunk mutatni a dolog fontosságára, továbbá arra, hogy mily nehéz sok esetben a septikus áttételek felismerése. Erre való tekintettel nagyon fontos minden esetben, ahol a sepsis diagnoszt felállították, a beteget naponta részletesen megvizsgálni. Óvakodnunk kell azonban a betegnek fölösleges mozgásától. Meg kell vizsgálni az egész bőrfelületet (kiütések, decubitus stb.) végtagokat (izom-, ízületi áttételek, thrombosisok stb.), idegrendszert, tüdőt, szívet, vizeletet stb., amiáltal módunkban lesz olyan elváltozásokról is esetleg tudomást szerezni, melyek egyelőre subjectív panaszokat még nem okoznak. Mindamellett, mint azt láttuk, így is lesznek szervek, amelyek részéről egyáltalában nem szoktak tünetek fellépni. Esetleg, ha akár subjectív panaszok, akár objectív vizsgálatok kimutatható jelenségek jelentkeznek, sok esetben a septicus állapot klinikai képén belül nehezen értelmezhetők és nehezen illeszthetők be.

Ezen körülmények a therapiás beavatkozások (sebészi) szempontjából nehézséget jelentenek. Súlyosbítja ezt a körülményt, hogy az áttételek, mint láttuk, az esetek túlnyomó részében több szervben lépnek fel, ami nemcsak a góc felismerésére vonatkozólag, de a therapia szempontjából is nagy hátránnyal jár.

Ily esetekben önkéntelenül is felvetődik ezen rendszert halálos végződésű szövödmények megelőzésének lehetősége, amely érinti a gyermekági sepsis sebészi therapiájában az újabban ismét alkalmazást nyert és többek által ajánlott venalektómia kérdését.

Összefoglalás:

A gyermekági sepsises extragenitalis áttételek az esetek túlnyomó részében több szervben lépnek fel.

Az áttételek az esetek nagy részében in vivo egyáltalában nem, vagy csak részben, egyes szervekben válnak felismerhetőkké.

Ezen körülmények a therapiás beavatkozások (sebészi) szempontjából nehézséget jelentenek. A metastasisok fellépése ezek alapján is a sepsis lefolyásában komoly fordulatot jelentenek.

Irodalom: J. Halban—R. Köhler: Die pathol. Anatomie d. Puerperal Processes etc. Wien u. Leipzig, 1919. — H. Schottmüller: Münch. med. Wschr. 1928, 37. sz. — P. Zweifel: Döderlein Handb. d. Geburtshilfe 1925, III. k. — K. Sommer: Zschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV. — M. Walthard: Stöckel Lehrb. d. Geburtshilfe, 1930. — W. Sigwart: Biol. u. Pathol. d. Weibes. VIII—I.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. Soós Aladár: Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülöhelyei 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vásonba kötve 8 P helyett 7 P; Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8 P helyett 6 P; Riegler, Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve 25 P helyett 5.70 P; Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal 2.50 P helyett 2 P; Krepuska István: A fülleredetű agytályogok kór és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

A Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László ny. r. tanár).

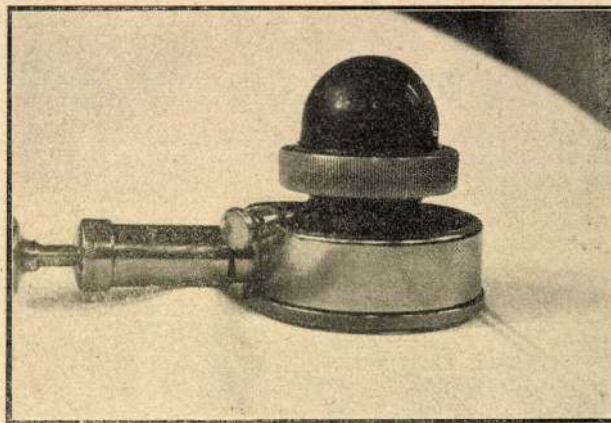
A vérnyomásmérés néhány hibaforrásáról és ezeknek elhárítására szerkesztett új sphygmomanométerről.*

Irtta: Berencsy Gábor dr. egyetemi tanársegéd.

Tudjuk, hogy amit a vérnyomásméréskor az ér összenyomási helyétől peripheriásan tapintunk, az sem a vérnyomásával, sem a pulsus volumenével nem azonos, hanem egy mindkettőtől függő mennyiséget, vagyis egy energia nagyságot jelent. A verőeres vérnyomás mérésére ma is az intra-arterialis eljárás a legpontosabb. A vértelen módszerek között talán a legrégebbiek közé tartozik a sphygmomanometria. Waldenberg, Talma, Bloch-Verdin kísérelték meg először a pulsust súllyal, illetve egy rugós, szilárd pelottával elnyomni és mértékül használni. A szilárd pelotta azonban nem vált be, mert a vízszajtó Pascal-féle törvénye értelmében bizonyos arteriális nyomás mellett az arteriafal minden négyzetmilliméterére egy határozott, ugyanazon súlynak kell nehezednie, hogy az eret elnyomja. Ezért egy bővebb ürterületű ér elnyomásához nagyobb erő volna szükséges. Basch tért át először a levegőpelottára, amelynél a mért nyomás nem függ az elnyomott ér felszínének nagyságától (vagyis attól, hogy az ér szűk-e, vagy tág-e); a hydrostatikai törvények szerint a pelotta alapjának minden pontjára, a manométeren jelzett nyomás nehezedik. Basch fémmembrános manométert alkalmazott, mely gummicsővel volt a pelottával összekötve. Utóbbi kb. 1.5 cm átmérőjű fémgyűrű két oldalára légmentesen felerősíthető félgömbalakú ballonnál áll. A Potain-féle pelotta 2.5 cm átmérőjű gummilabda fémváz nélkül (de ennek helyén megvastagított fallal). Ezeket tökéletesítette Sahli, amikor megszerkesztette a 32 mm. átmérőjű gummi-pelottáját, amely szintén fémgyűrűre van erősítve és higanymanométerrel van összekapcsolva. A Basch-féle pelotta méretét Sahli kicsinynek tartja, mert az a szövetek közé mintegy befürödik és így a nyomás egy részét az arteriával szomszédos lágyrészek veszik fel, amely egyébként e mérési módnál nem volna hibaforrás, az arteria azonban az ilyen kis területű nyomásnál oldalra is csúszhat. Néha pedig az is előfordulhat, hogy a fémgyűrű széle már a pulsus elnyomása előtt érinti a lágyrészeket, ami a mérést teljesen megzavarja. Sahli szerint az ő pelottájával ez nem fordulhat elő. A Potain-féle pelottával az értékek igen magasak voltak (valószínűleg a különböző vastagságú és fémváz nélküli gummifal feszülése miatt). Mind e pelottákkal a mérés kivitele úgy történik, hogy az arteria radialisra nyomjuk rá a pelottát és mutatóujjunkkal a ballon szembeeső pontjára is nyomást gyakorolunk, miáltal annak alsó felszíne simán fekszik, nem türemkedik vissza, ami a leolvasott nyomást növelné. Mivel a manometer mindig a pelotta belső nyomását mutatja, a pulsus eltűnésének pillanatában a manometer mindig a pulsus elfojtásához szükséges nyomással arányos feszültséget fog jelezni.

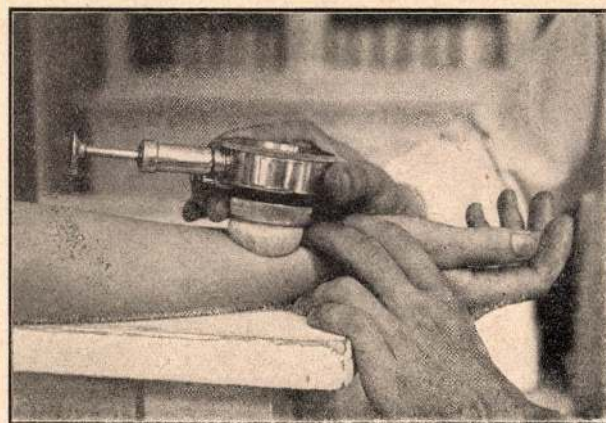
Az általam szerkesztett eszköz tulajdonképpen az eddigiek előnyeit egyesíti, azzal a módosítással, hogy pelottája gummi helyett vékonyfalú, hajlékony, de alig rugalmas, alig nyújtható anyagból készült (kísérleti modellünkönél kifesztített, azaz rugalmassági határáig igénybevett bőrből, melynek légmentes zárását gummi-bélés biztosítja). Ezzel azt érem el, hogy a pelotta pneumatikus karakterét nem veszti el, mégis a teriméje nyomásmérés közben nem változik és így a rugalmas deformáció hibaforrásnak nincs kitéve. A rugalmas deformatio a gummi-pelotta oldalfalain feltétlen hibát okoz; sőt az alsó felszínen is okozna, ha legalább akkora belső nyomást nem alkalmaznánk, hogy az a pelotta rugalmas be-türemlését (alulról felfelé) teljesen legyőzze, illetve a pelottát kisímtsa. Az eszköz aneroid barometer elvein alapuló manometerből áll, melynek hátlapjába van a pelotta beépítve. A manometer oldalán pedig egy kicsiny

fémpumpa szolgál a pelotta kellő előnyomásának létesítésére. Ezenkívül csupán egy szelepet szereltem rá, amelyen át a pelotta levegőtartalmát kibocsáthatjuk.



1. ábra.

A mérést úgy végezzük, hogy a beteg pulsusát kitapintjuk közvetlen a kéztőizület felett és erre a helyre mutató- és középujjunkat elhelyezzük. A proximalisan levő, tapintó ujjunk mellé nyomjuk rá másik kézzel a készüléket úgy, hogy a pelotta az érre merőlegesen kerüljön; a peripheriás ujjunkkal pedig teljesen elnyomjuk az eret, hogy az arcus communicans volarisból visszaforduló pulsatiót a tapintó (proximalis) ujj ne érezhesse. Ily módon a pelottának fokozatos lassu rányomása közben egy időpontban a pulsálás eltűnését vesszük észre. Ekkor a manométeren leolvasott nyomás értéke lesz a pelottában levő nyomásnak, amely tulajdonképpen csekély hibaforrástól eltekintve az arteriában levő nyomással megegyezik, vagy legalább is azzal arányos lesz. Fontos, hogy a rányomás lassan és egyenletesen történjék (különösen a várható vérnyomásnak megfelelő értékek körül), mert különben a pulsálás eltűnésének perceptiójához szükséges idő alatt már a manometer más számot mutat, míg ha a mérés egyenletesen, kb. 20 mp. alatt történik, ezt a hiba-lehetőséget elkerülhetjük.



2. ábra.

Már Sahli rámutatott (1920), hogy a pelottás eljárás a minimális nyomásnak, a diastolés nyomásnak a meghatározására is alkalmas. E célból a radialis teljes compressióját elhagyjuk, mert a pulsáló áramlás pangása finomabb különbségek észrevezését megnehezíti; tehát csak egy ujjal tapintunk és pedig oly érzékenyen, hogy a pulsust éppen érezzük. (Sahli ezt a tapintást minimal palpationnak nevezte.) Abban a pillanatban, midőn ilyen

*) A budapesti kir. Orvosegyesület 1932. május 13-i ülésén és a Deutsche Gesellschaft f. Kreislaufforschung tübingeni 1932. március 14-i kongresszusán megtartott előadás nyomán.

Dicodid

**a legerősebb
köhögést
is enyhíti.**

Tabletták à 0.01 g

10 drb-os ered. csom. (P 1.70).

Tabletták à 0.005 g

10 drb-os ered. csom. (P 1.50),
20 drb-os ered. csom. (P 2.30).

2-3szor naponta
0.005-0.01 g-ot
étkezés után

Cardiazol (Knoll)

**a vérkeringés és légzés
analeptikuma**

**collapsusnál,
vérc keringési zavaroknál,
fertőzőbetegségeknel,
mérgezéseknél.**

Felnőtteknek subcutan, intramuskulárisan
vagy intravénásan szükség szerint 1 am-
pullát, esetleg 1/2—1 órási szünetekkel. Per-
os 3—4 szer naponta 20 cseppet vagy
1 tablettát, ha szükséges, minden
1—2 órában.



Knoll A.-G.
Ludwigshafen/Rh.

Liquid, 10% 10 g ered. csom. (P 3.90).
Tabletták à 0,1 g ered. csom. dos. X (P 3.90).
Ampullák à 1,1 ccm ered. csom. dos. VI (P 4.80).

Képvisező: Wack Keresztély,
Budapest IX.,
Rákos-utca 4, Tel. 860-49

Dr. Wander R.T.

egyenletes, változatlan
ipecacuanha hatás standardizálva

RADIPON

tabletta dr. Wander

1 Radipon tabletta = 1 ek. inf. Ipecacuanha / 0.5 : 180. /
 1/2 " " " " / 0.25 : 180. /
 1/4 " " " " / 0.12 : 180. /

10 tabletta ára P. 140.

hazai, olcsó, megbízható
expectorans

Mintával és irodalommal készséggel szolgál a dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár Rt., Budapest, 100. postafiók.

Binalurin

a bélműködés
természetes szabályozója.

Felvilágosítással, irodalommal mintával készségesen szolgál:
Medichemia gyógyszerkészítmények gyára Rt.
Budapest, X., Hölgy-uca 14.

ANTAGOSAN



frappáns gyógyhatású, antagonistikusan
ható, magyar, folyékony

**tejsavbaktérium-therapiai
készítmények**

baktériumos kórfolyamatok helyi
kezelésére.

INDICATIÓK:

Sebészeti: septicus, genyes sebek, abscessusok, furuncul-
lusok, sipolyok, empyaema, peritonitis purul. stb.
Belgyógyászat: Bélinfekciók, intoxicációk, colitis stb.
Fül- orrtherapia: otitis, rhinitis, ozaena, stb.
Nőgyógyászat: fluorok, vulvovaginitis, pyometra stb.
Urologia: Cystitis, urethritis, stb.

Dr. Román Jenő „BIOKÉMIA” bakteriologiai laboratoriuma
Budapest, VI., Izabella-utca 73, Telefon: 199—91,

Erősebben baktericid, nem hamisítható, gyártásban
ellenőrzött, nem **LYSOFORM** műszernek nem
mérgező, bőrnek is **LYSOFORM** árt s ezért ide-
ális antisepticum, az új szabadalom szerint készül.
Szab. szám 93189.

METALIX-FÉM röntgenlámpák
röntgengépek

BARTA ÉS SZÉKELY R.-T., MÚZEUM-KÖRUT 37. Telefon: Aut. 840—97



Kipróbált szer,
ártalmatlan a
gyomorra és
szívre.

**Togal-
tabletták**

0.28 g. Acid. acet.
sal., 0.013 g. Chin.
citr., 0.04 g. Li. citr

Antineuralgicum

Antipyreticum

Antirheumaticum

Analgeticum

Mintával és német szakirodalommal szolgál:

Dr. Filó János gyógyszerháza
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. rk. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos

Lázás vetélések kezelése a vidéki gyakorlatban.

A vetélés egyenlő fertőzéssel. Fertőzöttnek kell tekinteni minden vetélést, nemcsak azért, mert az esetek 90%-ában bűnös kezek indítják meg azt, de azért is, mert a terhesség első hónapjában a méhtest izomzata még alkalmatlan a munkára, alkalmatlan arra, hogy a hosszú vaskos nyakcsatornát kitágítsa. Ennélfogva a vetélés elhúzódik és akár hetekig is nyitva maradhat a méh ürege. A nyitott méhszájon keresztül könnyen jutnak fertőző csírák a hüvelyből a méh üregébe. A vetélések kezelését illetően a szakorvosok három csoportba sorakoznak. Az első táborba tartoznak azok, akik minden vetélést kivétel nélkül műszerrel, vagy ujjal fejeznek be, tekintet nélkül arra, hogy lázas-e az asszony, vagy sem. Ennek az iskolának a hívei tehát active kezelik a vetélést.

A második iskolához tartoznak azok, akik expectative kezelik a vetélést, megvárják, amíg lelégtalanodik a vetélőnő és csak aztán avatkoznak be, ürítik ki a méhet. Végül a harmadik táborba sorakoznak azok, akik conservative kezelik a vetélést. Nem nyúlnak a vetélőnőhöz sem műszerrel, sem ujjal, a méh kiürítését a természetes szülőerőkre bízák. Mind a három iskola hívei megegyeznek abban, hogy be kell fejezni a vetélést akkor, ha súlyos vérzés áll fenn. Nagy vérzés miatt csak egészen kivételesen leszünk kénytelenek beavatkozni mert a terhesség első három hónapjában, amikor még lepény nincs, nagy vérzést majdnem sohasem látunk, nagy vérzést csupán a negyedik hónaptól észlelünk, amikor a lepény már kifejlődött.

A gyakorló orvos szempontjából leghelyesebb, ha a conservativ kezelést fogadja el és ehhez mereven ragaszkodik. Minden vetélést fertőzöttnek kell tekintünk, a fertőzés mellett végzett műtétek eredményei pedig tapasztalás szerint nagyon rosszak. Miután sohasem tudjuk előre azt, hogy a fertőzés csak a méhüregre lokalizálódott, avagy a méh falán túlterjedve már parauterin elváltozásokat is okozott, leghelyesebb, ha a méh kiürítését a gyakorló orvos a szülőerőkre bizza. A fertőzéshez két tényező szükséges: az egyik a fertőző csír, a másik a seb. Mindkettőt megtaláljuk a vetelésben. Miután legtöbbször nincsen kimutatható jele annak, hogy a fertőzés könnyen robban szét, könnyen lesz a lokális folyamatból általános. Kétségtelen, hogy a rothadó petét ha eltávolítjuk a méh üregéből, akkor rendszerint a láz leesik és a vetélőnő gyógyulására minden feltétel meg van adva. De miután semmiféle klinikai vizsgálattal megállapítani nincs módunkban azt, hogy a láz csupán a bomló petében keresendő, avagy a fertőzés már áttért a méh falán, a méh mellett keletkezett elváltozások tartják fenn a lázat, épen ezért helyes, ha minden lázas vetélést conservativ úton kezel a gyakorló orvos. Ez volt az egyik veszedelme a láz mellett végzett activ kezelésnek.

A másik veszedelme minden activ kezelésnek a sérülés! A felpuhult terhes méhfalnak átfúrása nem tartozik a ritkaságok közé. Zárt méhszáj esetében a vetélés műszerrel befejezése műhiba. A gyakorló orvos, aki nem rendelkezik kellő gyakorlattal, a méhsérülés veszélyeit csak úgy kerülheti el, ha lemond az activ kezelésről.

El nem hallgathatjuk azt sem, hogy a vetélések kezelésekor sokszor kerül az orvos az igazságszolgáltatással

összeütközésbe olyankor, amikor a bekövetkezett halálért őt felelősség nem terheli. Vetélőnőt kezelve sosem tudhatja az orvos, hogy az ő kezelése előtt ki és a tisztaság mily szabályai mellett avatkozott be, indította meg a vetélést! Sosem tudhatjuk, hogy a bűnös céllal történt beavatkozáskor nem jöttek-e létre olyan sérülések, amelyek momentán megnyugodtak azáltal, hogy a perforációs nyílásra tapad a csaplesz. Ha ilyen esetben active kezel a gyakorló orvos a vetélést, felelősséget vállal mindazokért, amit az előtte titokban bujkáló orvos vagy bába idézett elő. Beavatkozása által felelősséget vállal azért a fertőzésért, amelyet előtte oltottak be. Törvény előtt nem tud személyekre hivatkozni és nem lehet megállapítani azt, hogy kinek a beavatkozása idézte elő a halálos veszedelmet, egyedül marad és egyedül kell vállalnia a felelősséget az összes következményekért.

Az elmondottak alapján leghelyesebb, ha a gyakorló orvos a vetéléseket conservativ úton kezeli. Winter köznegsbergi tanár sok ezer vetélő asszonyt kezelve, conservativ úton olyan eredményeket ért el, amelyek felülmúlják úgy az activ, mint az expectativ kezelés eredményeit. Mi magunk is közel 20 éve minden vetélő nőt conservativ kezelünk és az eredményeink kitűnőek! A conservativ kezelés abból áll, hogy a méh munkáját chinin adagolásával támogatjuk. Chinint akár szájon, akár injectio alakjában adhatjuk. Injectióban úgy adjuk, hogy 1.0 gramm chinint 10 gramm vízben oldunk vagy steril fiolából fecskendezzük a gluteusokba subperiostealisán. He-lyes, ha egy óra alatt 1 gr. chinint kap a beteg olyképen, hogy először félgrammot, majd félóra múlva 25 cgrammot és ismét félóra múlva 25 cgrammot. Ha egy gramm chinin eredménytelen maradna, azt naponta megismételjük. A chinin kellemetlen melléküneteit (fülzúgás, fejfájás) egyenlő mennyiségű veronál hozzáadásával megszüntethetjük. Ha a chinin hatására fájások jelentkeznek a fájásokat fokozzuk hypophysis-kivonatok injiciálásával. Két óránként megmérjük a beteget és négy óránként 10/100-es kalium hypermanganicum oldattal kiöblítjük a hüvelyét. Emellett a kezelés mellett a vetélések legtöbb- ször 1—2 napon belül spontan fejeződnek be és az asszony lelégtalanodik.

Magamnak volt alkalmam több olyan esetet látni, amikor a lázas vetélőnőt kikaparva 24 óra múlva peritonitis tünetei jelentkeztek és ez csakhamar az asszony halálához vezetett. Nem egy esetben pedig a rothadó petének ujjal történő eltávolítása után láttam, hogy napokkal később már emberfőnyi exsudatum fejlődött a széles szalag lemezei között.

Az elmondottak alapján nemcsak a vetélőnő, de a gyakorló orvos is csak akkor nem kerül bajba, ha a lázas vetéléseket conservativ úton kezeli.

Sztehlo István dr., I. tanársegéd.

A vörheny therapiája.

A vörheny gyógykezelése lehet specifikus, mikor vörheny-ellenes serummal kezelünk és nem specifikus, mikor tünetileg avatkozunk be. Az utóbbi csak a vörheny egészen enyhe eseteiben és a későbbi szövödményekben alkalmazható.

A vörheny-ellenes serum alkalmazásának indicatiói: magas láz, szapora pulsus, rossz közérzet, élénk exanthema, tonsilla-necrosis. Amíg a betegség fejlődőben van,

ez első 3—4 napon igen szép eredményeket érhetünk el a vörheny-ellenes serummal, de csak intravenásan alkalmazva. Az adag a Phylaxia Serumtermelő Rt. vörheny-ellenes serumának 10.000 A. E.-e, ami 20 ccm serumnak felel meg. A hatás prompt szokott lenni, mégpedig 24 órán belüli leláztalanodás, a közérzet fetűnő javulása, az exanthema elhalványodása, a torok feltisztulása. Ha van vörheny-antitoxinokat tartalmazó emberi serumnak, úgy azt alkalmazhatjuk, (20 ccm intravenásan). Vörheny exanthemát kioltó emberi serum Wassermann negatív — igen jó eredménnyel használható, épen úgy hat, mint a vörheny-ellenes lóserum. Akkor alkalmazhatjuk, ha anaphylaxiás tünetektől kell félnünk, vagy ha vörheny-ellenes lóserumhoz nem juthatunk bármely oknál fogva. Az antitoxinokat tartalmazó vért steril lombikban fogjuk fel, mikor a savó placéntájáról leválatott — tíz-húsz óra — leszívjuk a placentáról és anélkül, hogy vérsoportot határoznánk, intravenásan injicáljuk. A fontos, hogy a serum kristálytiszta legyen, a véralkatelemei leülepedjenek. A vörhenyellenes emberi serumnak is prompt hatása van, de csak intravenásan adva.

Ha friss, 3—4 napos, vörheny esetén a serum nem hat prompt, hanem a láz esik, hogy újra visszatérjen, úgy a tapasztalat azt mutatja, hogy már ily korán is a vörhenynek szövődményével állunk szemben, mely lehet ily korai stadiumban állati mirigy-duzzanat, középfül-gyulladás, vagy sokizületi lob, nem ritkán szívelhártyagyulladással komplikálva. Ilyenkor hiába erőltetjük a serumkezelést, attól eredményt nem fogunk látni s inkább térjünk át a góc kezelésére. Ha az ilyen serumrefractaer vörheny esetében az exanthemát erősödni látjuk, a láz fennmaradása mellett gondolnunk kell újabb streptococcus infekcióra, mely egy korai vörheny-recidivának felel meg. Ez esetben újra adunk intravenásan vörheny-ellenes serumot és esetleg feltűnő hatást tapasztalhatunk.

Ha a serumot intravenásan nem tudjuk alkalmazni rossz vénák miatt és az eset toxikus, úgy praeparáljuk ki valamelyik bokavenát, mert megéri a beavatkozást a serumnak szinte csodás promt hatása, különösen akkor, mikor nem tudhatjuk, hogy serumkezelés nélkül nem válik-e a vörheny toxikussága révén halálössá. Az intramuscularisan adott serum, legyen az állati vagy emberi, nem hat prompt, sőt hatása úgy elhúzódhat, hogy nem is látjuk, a beteg továbbra is lázas, közérzete rossz, az exanthema nem, vagy csak alig halványodik. Ilyenkor mindig félnünk kell a lázas szak elhúzódásától és a vörhenynek toxikus alakba átmenetétől. Ez a próbálkozás azért is veszedelmes, mert elmulasztjuk az intravenásan történő alkalmazás kellő idejét s ha a betegség nem is válik végzetessé, de jó néhány lázas napért a felelősség minket illet. A subcutan alkalmazás is idejét multa már a vörheny serum-therapiájában. 150 ccm serumtól intramuscularisan adagolva nem várhatunk olyan hatást, mint ugyanazon serumnak 20 ccm-étől intravenásan adagolásától. Az intravenásan adott állati serumtól sohasem láttunk kellemetlen mellékhatást, pedig rendszeresen alkalmazzuk. Ami az állati savóra általában vonatkozik, az a vörheny-ellenes lóserumra is szól s ha az anaphylaxiás tüneteket ki akarjuk kerülni, előbb deszenzibilizáljuk a szervezetet kisebb adagoknak intramuscularis adásával s ha a bőrön végrehajtott cutan-próba negatív, adjuk be bátran intravenásan a serumot. (Az anaphylaxiás állapotot jelző cutan-próba lényege, hogy lóserumnak 0.20 ccm-e intracutan az alkar hajlító oldalára fecskendezve, ott kb. 20 perc múlva egy urticát kapunk, mely piros és a bőr szintjéről kiemelkedik.)

A kezdeti általános vörheny-toxin okozta tüneteket nem specifikus gyógyszerek adagolásával nem tudjuk befolyásolni s különben is a vörheny specifikus terapiája a nem specifikus — argochrom, collangol, chinin stb. — kezelést már régen a multnak adta át, úgy, hogy ezzel akár meg se próbálkozzunk. A vörheny kezdetén antitoxikus hatásra van szükségünk s ezt csak specifikus vörheny-elleni serummal érhetjük el.

A vörhenyvel járó szövődmények kezelése egyelőre csak tüneti s a localisatiótól függő. Előre kell bocsájtanunk, hogy a vörheny-ellenes antitoxikus serum nem mentesít a későbbi szövődményektől, mert éppen úgy jelentkeznek e szövődmények, mint nem savózott enyhe vörheny-esetek után. A szövődmények megjelenésük után, azaz fennállásuk alatt sem reagálnak a vörheny-antitoxinokat tartalmazó serumra, bármilyen úton is juttassuk azt a szervezetbe. A szövődmények okozta lázak ellen az antipyreticumok megfelelő adagjait adjuk. Az állati mirigyekre borogatásokat alkalmazunk az elgnyedésre hajlamosakra meleg pépet teszünk, fluctuálás esetén incisió. Izületi fájdalmak esetén salicyl-készítmények és localis borogatások alkalmazandók. Olykor jó hatást látnak az intravenásan adagolt trypflavintól is. Endocarditis esetén *Leiter* hűtő a szívre és ugyancsak salicyl-készítmények adása a legcélravezetőbbek. Középfül megbetegedések és csecsnyúlvány-gyulladások fülészeti szakkezelést igényelnek. A nephritisek kezelése főleg diéta, fehérje-, só-, fűszermentes ételekkel táplálásra szorítkozik. A vizeletüledék, sóconcentrációs és hígítási próbák végzése mellett, lassan térünk át a rendes normalis diétára. Uraemiás tünetekben *venae-sectio* és *lumbal-punctio*.

Mint gyakorlati tapasztalatot legyen szabad megemlíteni, hogy a kezdeti tonsilla-nekrosis elkülönítése a diphtheriától sokszor szakorvost követel. Ezért nem fogunk hibát elkövetni, ha az ilyenkor vörheny ellen is savózott betegnek 10.000 I. E. diphtheria-elleni serumot is adunk intramuscularisan. Kisebb gyermekeken ugyanis nem ritka az elég súlyos tonsilla-nekrosisnak, másodlagos diphtheriássá válása, ami súlyos kombinált betegséghez vezethet.

Dacára a serum specifikus hatásának még most is akadnak súlyos toxikus vörheny-esetek, habár ritkábban, mint azelőtt, melyek mindenféle serumnak, mindenféle alkalmazási módja mellett is eredménytelenek. Mégis mostani tudásunk szerint meg kell kísérelnünk az egyetlen lehetőséget, mellyel eredményt érhetünk el.

Pleskó Lajos dr., közkórházi adjunctus.

Nyaki carbunculus tüdő és paranephriticus metastasisa.

B. Gy. 72 éves férfibeteg elmondja, hogy a nyak tarkórészen lévő tyúktójas nagyságú genyedő daganata 3 hét előtt egy jelentéktelennek látszó pattanásból keletkezett. Lázra nem emlékszik, borzongásai voltak, — s a helyi fájdalomtól eltekintve semmi panasza nincs. Hőmérséklete 37.2, pulsusa kisé feszes, rhytmusos, percenként 82 volt. Idegrendszer, mell-, hasüri szervek és a vizelet rendben. A beteg aláveti magát a sebészeti beavatkozásnak és 6 hét múlva csaknem teljesen gyógyult bőrsebbel és 4 hét óta tartó normalis hőmérséklettel hazatért.

Három napi ottartózkodása után hidegrázással kezdődő 40°-os láza kerekedett, ami egész napon át tartott. A beteg és vizelete megvizsgálása egyelőre semmi támpontot nem nyújtott a láz okára vonatkozóan. A műtéti

seb gondos átvizsgálása teljesen kizárta, hogy lázas állapotát esetleg retentio okozhatná.

Az első két napon a láz 39–40° között mozog, később erős izzadások mellett remissiók mutatkoznak s a napi lázmaximumok a 41°-ot is elérik. Az ötödik napon köhögni kezd, a nyolcadik napon pedig véres-nyákos váladékot expectorál. A tizedik napon fájdalmat jelez a bal kulcsalatti tájon. Bár a kopogtatási és hallgatódzási íelet nem adta magyarázatát a tüdő részéről észlelteknak, mégsem lehetett bizonyossággal kizárni egy centralis fekvésű bronchopneumoniás, esetleg a betegséggel járó leromlás folytán actíválódott gümös góc (caverna) lehetőségét. A sorozatosan végzett köpetvizsgálatokban leukocyták, sok staphylococcus és kevés rövidlancú streptococcus volt kimutatható, — rugalmas rost és Koch-bacillus nem volt található. A fehérvérsejtszám a 12-ik napon 16.000-re emelkedett, a lázmenet változatlan maradt.

A mellkas röntgenvizsgálata a következő eredményt adta: a 3 harántujj terjedelemben árnyékolt bal kulcsalatti tájon diónyi caverna. A bal hilus tömött, terjedelmes, csatlakozik a bal kulcs alatti tájék árnyékoltágához. A röntgen-kép határozottan mutatott tuberculosus elváltozást a bal tüdőben, mégis a kórelőzmény s a jelen betegséggel kapcsolatos vizsgálatok eredményeit — főként a caverna-árnyékot illetően — inkább egy ártétes tüdőtályog mellett lehetett értékesíteni.

Tekintettel a műtét beavatkozás contraindicationaira, a következő kezelésben részesült: a kiköpés elősegítésére köptető és transpulmin-injectiók, továbbra is Priessnitz és cardiotonicumok, roboransok. Belső desiniciensnek a tályog eltávolításánál elősegítésére 0.15–0.45-ig emelkedő 6 naponként intravenásan adott neosalvarsan. Ezen kezelés 5-ik hetében a beteg egy erős köhögési roham alkalmával kb. 1½ evőkanálnyi kissé véres genyet ürített, mely időtől fogva a hőmérséklet már alig érte el a 37.5°-os napi maximumot. A tályog kétségtelenül kiürült egy rajta átfutó bronchuson keresztül és az alig 3 napig tartó subfebrilis temperaturát normalis hőmérséklet váltotta fel. Állandóan csökkenő expectoratio mellett a kezelés 7-ik hetében a köhögés is végleg megszűnt.

8-ik hét végén a röntgenvizsgálat a következő eredményt adta: a bal paratrachealis és kulcsalatti tájék kötegesen átnőtt. A kulcsalatti tájék árnyékoltágának intenzitása kifejezetten csökkent, üreg nem ismerhető fel már. A baloldali hilus tömött és terjedelmes.

További 3 hétig tartó lázmentes állapot után ismét hidegrázással kezdődő láz jelentkezett. A lázas állapot 6-ik napján a beteg a bal vesetájon jelzett fájdalmakat. Ebben az időben a veséről készült röntgenvizsgálatok még semmi támpontot sem nyújtottak. A többször ismételt vér, vizelet stb. vizsgálatok, továbbá a lázmenet a kis területre localizált és intenzitásában fokozott fájdalom elsősorban is a vesét környező capsula adiposában fennálló gyulladás (tályog) mellett szóltak. A sebész a nagy beavatkozás elkerülése céljából várakozó álláspont-ra helyezkedett és így csak a 6-ik héten végzett proba-punctio controllja után vált lehetővé a tályog megnyitása. A műtét seb záródásával a beteg végleg panasz és tünetmentes lett.

Kétségtelen, hogy ezen tályogok aetiologiájában, mint elsődleges gócot a hónapokkal előbb gyógyult carbunculust kell szerepeltetni. Az bizonyos, hogy a kórokozók a keringés által, még a carbunculus fennállása idején jutottak a tüdőbe s valószínűen a vesét környező laza, zsírtús kötőszövetbe is. Ami ezen rejtett gókok megjelenése között eltelt nyugalmi időt illeti, az részben a kórokozók virulentiájával, részben a szervezet és a gócot bezáró pyogen hártya ellenállásával magyarázható. Ebből az esetből látható, hogy genyes gyulladások,

tályogok gyógyulása után még hónapok múlva is számolni lehet metastasisok lehetőségével és a diagnosist ilyen kórelőzményekre mindig figyelemmel kell lenni.

Varasdi Ferenc dr.

Tájékoztató a gyakorló orvosok köteleseiről hatóságokkal szemben.

Irta: Melly József dr., egyet. magántanár.

(Folytatás.)

a) Törvényhatósági szervezet.

A törvényhatósági bizottság egészségügyi szabályrendeleteket alkot. Budapesten választja a tisztifőorvost.

A kisgyűlés intézkedik az egészségre ártalmas posványok, mocsarak lecsapolása, kiszáritása, növényzet ültetése, csatorák létesítése tárgyában. Gondoskodik az egészségi közállapotok hiányainak elhárítására szükséges rendkívüli módokról. Kihirdeti a letelepülő orvosok és szülésznők oklevelét. Elrendeli a kötelező újraoltást és kényszeroltást. Megalkotja a körorvosi köröket és javaslatot tesz a belügyminiszternek a községi orvosok számának megállapítására. Megállapítja a községi orvosok látogatási és műteti díjait. A körorvosoknak fizetéssel járó mellékfoglalkozást engedélyez, megszabja a bábák látogatási díjait. (1929:XXX. t.-c. 35. §. és 1876: XIV. t.-c. 159. §.)

A törvényhatósági egészségügyi bizottság megalakítását az 1876:XIV. t.-c. 163. §-a írja elő. Véleményező, indítványozó, de nem ügydöntő testület. Orvosi állások (pl. városi s járási tisztiorvos és kórházi orvosi állások) betöltésénél a főispán által meghallgatandó. (1876: XIV. t.-c. 66. §-a.) Tagjai: tisztifőorvosokon kívül minden hatósági orvos a hatósági állatorvos, a honvédsázlóalj főorvosa, egy mérnök, egy építész, egy gyógyszerész és ugyanannyi a törvényhatósági bizottság által saját tagjai közül 3 évre választott tag. Elnökét ez utóbbiak közül maga választja.

Veszélyes járvány esetén a törvényhatósági egészségügyi bizottság járványügyi bizottsággá alakul a törvényhatóság első tisztviselőjének elnöke alatt és ekkor már intézkedési hatásköre is van. Határozatait csak birtokon kívül fellebbezhetők a belügyminiszterhez, akivel közvetlenül érintkezik. (1876:XIV. t.-c. 163. §-a.)

A közigazgatási bizottságnak az 1876: VI. t.-c.-ben megállapított hatáskörét az 1929: XXX. t.-c. 58. §-a nagymértékben csökkentette. Feladata javaslat és jelentéstétel, felügyelet és ellenőrzés. Végrehajtja a rendeleteket, szabályrendeleteket és határozatokat. (1890–1930 B. M. r.) A közigazgatási bizottság keretében ötagú közegészségügyi albizottság van; feladata: 1. ha gyógyszerár felállításáért a község folyamodott és a felállítása kimondatott, határoz abban a kérdésben, hogy kinek engedjék a jog. 2. a jogorvoslati fórum a kórházi bizottság határozata ellen. (1890–1930. B. M. r.)

Törvényhatósági testnevelési bizottság. 6 tagját az Országos Testnevelési Tanács elnöke nevezi ki a főispán előterjesztésére, 6 tagját pedig a közgyűlés választja. Elnöke a törvényhatóság első tisztviselője és hivatalból tagja a tisztifőorvos, a tanfelügyelő, a testnevelési felügyelő és egy kijelölt iskolaigazgató.

A törvényhatóság első tisztviselőjének egészségügyi hatáskörét az 1876:XIV. t.-c. 157. §-a szabályozza. Másodfokú hatóság egészségügyi és egészségrendészeti ügyekben. Felügyel a közegészségügyi szabályok pontos végrehajtására, részben személyesen, részben jelentéstételek révén.

A törvényhatósági város első tisztviselőjét ugyanaz a hatáskör illeti meg, mint az alispánt. Orvosi szakközegei a tisztí főorvos és a tisztiorvosok, kik ellátják a törvényhatósági, járási és községi orvos teendőit.

A törvényhatósági tisztifőorvost, ki a másodfokú egészségügyi hatóság s a köz- és kisgyűlés szakközege, Budapesttől eltekintve, a főispán nevezi ki élethossziglan, az egészségügyi hatóság meghallgatása után. (1929: XXX. t.-c. 68. §.) A tisztifőorvos a törvényhatóság első tisztviselőjének szakközege, a törvényhatóság közegészségügyi irányítója. Ha a törvényhatóság azt szabályrendeletileg nem tiltja, akkor magánygyakorlatot folytat. A tisztifőorvos tagja a törvényhatósági bizottságnak (1929: XXX. t.-c. 6. §.), a kisgyűlésnek (1929: XXX. t.-c. 34. §.) a közigazgatási bizottságnak (1876: VI. t.-c. 1. §.) és a törvényhatósági egészségügyi bizottságnak, ahol üléssel és szavazattal bír.

Főszolgabíró a járás élén áll. Elsőfokú hatóság közegészségügyi (1876: XIV. t.-c. 154. §.) és az egészségrendészeti ügyekben (1929: XXX. t.-c. 59. §.) intézkedései ellen az alispánhoz lehet fellebbezéssel élni. Egészségügyi tanácsadója a járási tisztiorvos, akinek véleményét azonban csak rendszerint, de nem mindig köteles meghallgatni. (1896: XIV. t.-c. 155. §.)

A járási tisztiorvost a főispán élethossziglan nevezi ki (1929: XXX. t.-c. 68. §.) Hatáskörét az 1876: XIV. t.-c. 156. §-a szabályozza. A járási tisztiorvos irányítója a járás egészségügyének s tanácsadója az elsőfokú közegészségügyi hatóságnak: a főszolgabírónak. A 6490—1931 M. E. rendelet az 1931: XXVI. t.-c.-ben nyert felhatalmazás alapján egyes főszolgabírói járások és szolgabírói kirendeltségek megszüntetését rendelte, sőt még ezen felül azt is kimondotta, hogy a rendelet hatálybalépte után megüresedő járási tisztiorvosi állásokat nem lehet többé kinevezett járási tisztiorvosokkal betölteni, hanem ezentúl ezt a feladatkört megbízás útján, tisztelbeli járásorvosokkal kell ellátni.

A törvényhatósági jogú városok szabályrendelettel állapítják meg az egyes tisztviselők hatáskörét, létszámát és fizetését. Ez utóbbira vonatkozólag azonban azzal a korlátozással, hogy a tisztviselők az állami rendszerű V—XI. fizetési osztályba tartoznak (1927: V. t.-c. 49. §. és 42200—1927. B. M. r.).

(Folytatjuk.)

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés (P. I. dr.): 57 é. nőbetegemen 2—3 hó óta többször előfordult, hogy kezének egy vagy több ujjá hirtelen vértelenné, hideggé, érzéketlenné lett. Magam így nevezném ez állapotot: „akroparaesthesia angiospastica”. Helyes-e a kórismém és mi a teendőm?

Felelet: Tekintve a beteg korát, a peripherikus arteriák kezdődő sklerosisa, illetve az ehhez valamely pillanatnyi ok folytán társuló spasmusos keringési zavar felvehető. A kiváltó okok között gyakori a hideg behatás spasmogen szerepe s a kezek melegvízbe helyezésevel már oldódhat is a peripheriás érzár. Az arteriák sklerotikus előrehaladásával később a tünetek súlyosbodhatnak (cyanosis, fájdalmak, üszök stb.) Felmerül azonban az a kérdés, hogy nem tisztán functió zavar áll-e a tünetek mögött. Ezt nagyon nehéz elbírálni. Tény, hogy a ú. n. vasomotor-neurosisok csoportjában vasoconstrictión alapuló hasonló jelenségek ismeretesek, mint aminő az a súlyos, extrem forma is, amit a Raynaud-féle gangraenának nevezünk. Ez esetekben endokrin-neuralis componens szerepével kell számolnunk, amihez az előfeltételt úgyilátszik bizonyos constitutiós tényezők adják. (Talan climax, illetve az ezzel kapcsolatos peripheriás capilaris tonusizgalmi jelenségeit tükrözi vissza jelzett esetben az akro-

vasoconstrictio?) Miután a folyamat közvetítője a *sympathicus idegrendszer*, súlyosabb esetekben a Leriche ajánlotta periarteriás sympathektomia is olykor szóba kerülhet. Betegén erre aligha lesz szükség. Célszerűbbnek látszik diureticumokkal (pl. euphyllin intraven.) jóddal, élet- és étrendi szabályokkal igyekezni a görcskésztséget csökkenteni, illetve pontos ellenőrzés mellett kis adag thyreoideával (0.05 pro die), petefészkek-készítményekkel, kvarz-fénnyel, vitaminokkal próbát tenni.

Gerlóczy prof.

Kérdés: 22 é. egészséges férfi f. hó 10-én haladó gépkocsiról leugrott, miközben elesett és jobb temporát és fejét a kemény úttesten erősen megütötte. A traumát követően állítólag kb. negyedóráig eszméletlen volt.

A sérültet gépkocsin azonnal rendelőmbe hozták: két férfi támogatásával — látszólag — saját lábán jött be.

X. 10-én d. u. 1 órakor: Status (röviden): halvány, veritékes arc, jobb fülből vér folyik, *öntudat tiszta*, fejen, testen külső sérülés nem látható. Pulsusa: 72 szabályos. Azonnali fektetést, fejre hideg borogatást rendeltem, a jobb fülbe steril gaze-tampont tettem.

X. 10. d. u. 5 órakor: 3-szor hányt (és állítólag saját lábán kiment a szobából az udvarra, mikor hányingert érzett) Pulsus szabályos: 50—60 percenként, fejfájásról panaszkodik. Állítólag nagyon nyugtalan volt előbb. Ekkor, vagy később, a környezet szerint, jobb (?) *karját is rángatta. Jobboldali pupilla jelentékenyen tágabb, mint a bal.* Ekkor azonnali kórházbaszállításra gondoltam, de előzőleg tanácskozást javasoltam. Közös kórisménk (valószínűségi): koponyaalapi törés, reggelig várunk. Fül átvérzett, tampon megcseréltem kétszer is. Éjszaka olvasás közben jöttem reá, hogy a tünetek feltűnően „arteria meningea media” sérülésre, illetve ebből származó „*extraduralis haematoma*” compressiójára utalnak, jóllehet a fülvérzés a koponyacsont-alapjának törésére is utal. Kora reggel elmondtam ezt a tanácskozássra kért kartársnak és azonnali beszállítás mellett döntöttünk. A kórházban elmondtam a fentieket és bár a beszállításkor sérült állapota még elég jó volt (60—70 körüli pulsus), szabályos műtétet (trepanatio) nem végeztek; a beteg másnap exitált, anélkül, hogy eszméletét visszanyerte volna. Kórbonctani leletet — bár kértem — nem kaptam, lehet, hogy nem is boncolták fel. (Kórház diagnosisa: *fract. baseos cranii*.)

Kérdésem a következő: Lehetséges-e tisztán koponya-alapi törés esetén az, hogy az insultust rögtön követőleg negyedóráig tartó, mindezek szerint commotiön alapuló eszméletlenség után egy úgynevezett „szabad intervallum” legyen, ami esetemben hat órán át tartott s nem egy vérzésből eredő compressióra mutat-e ez mindenkor (első sorban arteria meningea sérülésre és extraduralis haematomára?) Olvastam arról is, hogy a tiszta „*fract. baseos cranii*” prognosisa nem föltétlenül rossz, egy gyógyult esetről én is tudok.

Felelet: A kórtörténetből megállapítható, hogy a sérült koponyaalapi törést szenvedett. Emellett szól a vérzés a jobb fülből, a nyugtlanság, hányás stb. Az arteria meningea media vérzésére vonatkozólag biztos adatunk csak akkor volna, ha a kórtörténetből kétségtelenül kitűnnék a *sérülés utáni tiszta öntudatos állapotot felváltó eszméletlenség*. A kérdő sorokat beküldő collega kísérőírásában azt írja, hogy „a szabad intervallum esetében kb. 6 órán át tartott”, amiből arra lehetne következtetni, hogy az eszméletlenség beállt. Ennek körülményeire vonatkozólag bővebb adatokra volna szükség. A régi Bergmann-féle megállapítás szerint koponyaüregebeli vérzéskor a pupilla a vérzés oldalán tágabb. Ezt a nézetet azonban sokan kétségbevonták. A kórtörténet adatai szerint a jobboldali pupilla jelentékenyen tágabb volt, mint a bal. Ez volna tehát az egyetlen, elég bizonytalan jel az arteria meningea media vérzése mellett.

Bókay prof.

enyhe nyomásnál érezhető felületen pulzálás a pelotta könnyű rányomása mellett éppen eltűnik, a manometer a diastolés nyomást mutatja.

A fém-pumpa arra szolgál, hogy a mérés előtt a pelottát megfelelő nyomással felfújjuk, hogy a ráncok kismúljanak. Ezt úgy érjük el a legjobban, ha a szelep zárása után néhány pumpanyomással a pelottát kissé (10–20 hg. mm.) túlfeszítjük és ezután a szelepen át a levegőt teljesen kiengedjük: akkor a pelotta síma és feszültsége a külső légnyomással egyenlő. A mozgatható számlap 0 pontját a mutató ezen helyzetéhez állítjuk.

A pumpa azonban nemcsak az előbb leírt okból szükséges. Magas vérnyomás mérésénél ugyanis megtörténhet, hogy a manometer és a pelotta (egymással közlekedő) légtere a mérés alatt az összenyomás folytán annyira megkisebbedik, hogy a pelotta fémfogalata már a kar lágyrészeit érinti. Ilyen esetben természetesen a mérés teljesen hibás, illetőleg lehetetlen lenne. Ezért ilyenkor az előzetesen (a fenti eljárás szerint) 0-ra állított mutató mellett egy bizonyos előfeszültséget, előnyomást (30–40 hg. mm.) adunk a pelottának, amit a pumpa egy-két nyomása által elérhetünk. Az előnyomás nagysága teljesen közömbös a vérnyomás-mérés pontosságára, mert a pulsus elnyomása bármilyen pelotta előfeszültség mellett is ugyanazon mutatóállás fog következni. (Legfeljebb előnyomásos mérésnél van csekély hibaforrás felfelé, de ez is jelentéktelen, ha a rányomást igen lassan végezzük, hogy legyen idő a lágyrészek összenyomásának az ér felé való továbbítására, tovavezetésére.) A pelotta előfeszültsége mellett azonban annak légtartalma már kisebb nyomást (légtér-csökkenést) fog elszívni, mert az már előzőleg a külső légköri nyomásnál magasabb feszültségű volt. Már pedig egy meghatározott nyomás egy bizonyos levegőmennyiséget annál kisebb arányban fog összenyomni, minél nagyobb a levegőmennyiség előzetes nyomása.

Pl. feltéve, hogy az arteria elnyomásához P Hg. mm. statikus nyomás szükséges, egészen mindegy, hogy a nyomást az előzetesen V_0 térfogatú pelotta atmoszferikus nyomású levegőjének, a P mm. nyomásnak megfelelő V térfogatra való összenyomásával állítom elő, vagy pedig a V_0 térfogatú pelottát az előbb vázolt okból, előzetesen egy közbeeső P_1 mm. nyomású levegővel töltöm, melyet azután összenyomva kapom a szükséges P nyomást. A választandó P_1 mm. előfeszültség csak annyiban van korlátozva, hogy kisebbnek kell lennie az arteriát elfojtó P mm. nyomásnál.

Kellően választott előnyomás mellett a pelotta fémváza nem fog magas vérnyomás esetén sem lágyrészekhez nyomódni; ez a hiba azonban az általam ajánlott rugalmatlan, hajlékony pelottánál amúgy is igen ritkán fordulhat elő, mert éppen a rugalmatlanság teljesen megakadályozza a pelottafal oldalainak kiboltosulását és így a légtér kellő összenyomása hamarabb elérhető, elég magas vérnyomás is meghatározható a manometer előnyomulása nélkül is.

A mérés kivitele úgyszólván másodpercek alatt történik. Legcélszerűbb a két mérés középértékét venni. Először a rányomás fokozásakor leolvassuk azt a számot, amelyet a manometer a pulsus eltűnésekor mutat, azután erősebben rányomjuk a pelottát és a rányomás csökkenésekor a pulsus megjelenésekor mutatott értéket hasonlítjuk össze az előbbivel. A két érték nagyon közel szokott esni egymáshoz, rendszeren csak a tapintásunkból eredő hibaforrással kell számolnunk.

A mérés kivitelnél ügyelnünk kell arra, hogy a pelottát az érre merőlegesen tartsuk. Ha a pelottát ferden nyomjuk rá az érre, akkor az erők paralelogrammja szerint csak egy ferde nyomási összetevő hat s így vagy a pulsus nem lesz elnyomható (esetleg csak a valóságnál nagyobb nyomással), vagy az oldalt, mélyebben fekvő

fémváz is rányomódhat az érre. Merőleges nyomásnál ilyen zavar nem fordulhat elő.

Figyelnünk kell arra is, hogy a peripheriás ujjunk teljesen elnyomja az eret, nehogy a tenyér ütőeres ívéből visszafutó hullámot felülről jövő pulzással tévesszük össze. A tapintó ujjunkkal pedig nem szabad erősen nyomni, mert akkor a már csökkent intenzitású pulsust esetleg nem érezzük: legjobb a pelotta rányomása közben a tapintással is ahhoz alkalmazkodni.

A műszerrel nyerhető normalis középérték 110–140 Hg. mm.-nek felel meg, ami tehát valamivel magasabb mint a manzsettás eljárással nyert érték, amellyel azonban nem szabad összehasonlítani, mert az sem abszolút érték, sőt mint alább látni fogjuk, kevésbé megbízható.

Alábbiakban néhány összehasonlító adatot kívánnék felsorolni a Riva-Rocci féle vérnyomás-mérő és az általam szerkesztett sphygmomanometer mérései között. Azonban nem tudom eléggé hangsúlyozni, hogy a két érték közötti különbség nem tekintendő a sphygmomanometerem hibájának a manzsettás eljárással szemben. Ugyanis mindkét eljárás a vérnyomással csak bizonyos arányban álló számot ad s így abszolút értéknek egyik sem tekinthető. Jelenleg folyamatban levő állatkísérleteink amellel látszanak szólni, hogy készülékemmel nyert eredmények közelebb, vagy pontosabb (linearis) arányban állanak az intraarterialisan mért vérnyomás-értékhez, mint amelyeket az eddig használatos módszerekkel kaptunk.

Betegség	Vérnyomás értéke		
	Kor	(Riva-Rocci) manzsettás eljárással	sphygmomanometerrel
Nephroskler. benigna hypertonia	50	150	170
Ischias	40	115	130
Insuff. bicus. myodeg.	67	115	120
Ulcus ventr.	21	120	130
Sine morbo	24	105	120
Sine morbo	27	122	135
Sine morbo	34	110	120
Sine morbo	29	100	115
Sine morbo	24	120	132
Lues, osteomalacia	54	110	116
Tabes d. Sten. o. v. sin.	51	85	93
Nephroskl. maligna	61	170	178
Arterio skl. aortalgia	61	170	178
Insuff. bicusp.	24	110	114
Nephritis	36	135	147
Hypertonia, apoplexia	63	160	175
Neurasthenia	64	110	120
Emphysema, arterio skl.	74	145	165
Sten. ost. venosi sinistri	35	85	90
Myoma uteri	47	115	120

Nem célunk ugyan a manzsettás eljárás hibaforrásainak részben ismert hosszú sorát tárgyalni, csupán a kétféle mérés összehasonlítása végett szándékozunk néhányat felemlíteni, hogy a sphygmomanometria feltétlen létjogosultságát igazoljuk.

(I.) A manzsettás (Riva-Rocci) eljárásnál azt tapasztaljuk, hogy minél szélesebb a manzsetta, annál kisebb lesz a vele lemérhető nyomás. Ez onnan van, hogy az összenyomás közben minden egyes pulsus hullámnak az eret tágitania is kell és ezáltal a surlódásból nagy ellenállás keletkezik, ami a vérhullám energiáját csökkenti, azaz abból levonódik. Ez a hibaforrás annál nagyobb lesz, minél szűkebbre nyomjuk az eret, de a teljes elnyomásakor, mikor a surlódás már nem szerepel, viszont reflectorikus hatások fokozólag hatnak, a nyert eredmény többnyire magasabb lesz a valódi arteriális nyomásnál (gestaute Druck und Stauüberdruck Recklinghausen). Ezt a dynamikus hibát még tetézi az — mint azt Korányi prof. és Straub kifejtették —, hogy a manzsetta felfújása közben a pulsus eltűnését nem mindig az okozza, hogy az ér tényleg elzáródott, hanem esetleg az, hogy az áramlás már egyenletessé vált: pulzálás nincs. Azt pedig nem le-

het tudni, hogy bizonyos esetben a két lehetőség közül melyik következik be előbb. Minél rugalmasabbak az erek, annál valószínűbben az áramlás egyenletessé válása okozza a pulsus eltűnését. Ez utóbbi lehetőség esetén a mért nyomás biztosan kisebb a valódi arteriális nyomásnál. Ezt a jelenséget az említett súrlódási viszonyok mellett az érrendszer rugalmasságából eredő szélkazan hatás (Windkesselwirkung) hozza létre, amely annál inkább érvényesül, minél elastikusabbak az erek. Ilyen szélkazanhatása a manzsettának is van, ami szintén zavarólag hat. (A szélkazanhatás részletes magyarázatát l. Korányi: Orvosképzés 1928.)

A szervezetben is van egy fontos dinamikai hiba, mely a méréskor bekövetkezik. A manzsetta felfújása ugyanis először a venákat szorítja le, ami a vis a tergo-t annyira fokozza, hogy az arteriák tágulását hozza létre, emiatt a pulsus eltűnése már előbb bekövetkezik, mintha a nyomás csak az arteriákra nehezednék. Ez egyik oka annak is, hogy auscultálva hosszabb ideig halljuk a brachialis lüktetést, mint a pulsust tapintjuk (A vis a tergo ugyanis a pulsusig hamarabb kihat.) A jelenség másik magyarázata az, hogy a pulsus energiája a leszorítás és tapintás közötti távolság és az érszűkülés arányában csökken.) Emellett szól Galleverdinnek azon észlelete, hogy többször egymásután mért vérnyomás mindig kisebb és kisebb lesz. Szerinte lehet, hogy a lágyrészek víztartalmának a kipréselése is szerepet játszik, hogy t. i. az arteriát kevesebb lágyrész fedi. Szerintünk ez valószínűtlen. A venák leszorítása által fokozott vis a tergo, tehát csökkenti az arteriális nyomást, ehhez viszont reflectorikus hatások is társulnak, melyek fokozzák azt és a két factor viszonylagos értékétől is függ többek között, hogy esetenként milyen eredményt kapunk.

A dinamikus hiba kiküszöbölésére a manzsettát keskenyebbre kellene vennünk. Ez esetben azonban a deformációs (tágulási) hiba jelentkezik, annál inkább, minél keskenyebb a manzsetta. A hibaforrás onnan ered, hogy a gummifal feszülése a pneumatikus nyomás ellen hat és ez a valódi nyomásnál talált értékhez összegeződik, tehát magasabb értéket kapunk. A manzsettának szélességi kiterjedése tehát oly módon befolyásolja a vérnyomás-mérést, hogy egy szélesebb manzsetta esetén a tényleges ütérés vérnyomásánál alacsonyabb, keskenyebb esetén annál magasabb értéket kapunk. A két szélsőség tehát hatásában ellentétesen befolyásolja a mérést, de a hibákat mégsem szünteti meg. Sahli is kiemeli, hogy a deformációs hiba az igen keskeny, a dinamikus hiba ellenben az igen széles manzsettának tulajdonsága. Azenkívül a hiba a lágyrészek minősége szerint esetről-esetre más lesz: úgyhogy optimális szélességet nem lehet találni, csak azt tehetnénk, hogy nemzetközileg megállapodnánk egy bizonyos szélességű manzsettában. Tekintetbe jönnek még a kar lágyrészeinek mennyisége, consistentiája, a manzsetta aplikálási módja (tág felcsatoláskor alacsonyabb, szűk felcsatoláskor az izmok esetleges megfeszülése miatt magasabb értéket kapunk, de ez olykor fordítva van).

(II.) Ha a pelottás rendszerű mérést összehasonlítjuk az előbb említettekkel, akkor azt látjuk, hogy a pelottás rendszerű mérésnél annak igen egyszerű tényezői már magukban is kevés hibaforrás lehetőségét engedik meg.

A dinamikus hiba itt alig jöhet szóba, mert a pelotta sokkal rövidebb szakaszon nyomja el az eret, tehát a súrlódás kisebb. Mivel az ér elnyomása és a tapintás egymás mellett vannak, elesik az a hiba is, mely a manzsetta és a tapintó ujj közé eső érszakasz szélkazan hatása folytán mindig létrejön, de egyénenként különböző mértékben. A manzsettának nagy rugalmassága kifejezett szélkazanhatást enged meg (ez függ a gummifal vastag-

ságától is), ami pelottáknál kisebbmértvű, az enyémen pedig teljesen ki van küszöbölve, mert a pelotta nem gummi, tehát feszülést, pneumatikus energiát nem vesz fe. A venákat nem nyomjuk el, tehát sem a vis a tergo nyomást csökkentő, sem a leszorítás reflexes vasomotoros hatása nem jön létre. (A Staehelin által említett Wassersschlag kérdéseve egy későbbi dolgozatomban fogok foglalkozni.) Mivel a feszülési lehetőség kisebb, a deformációs tágulási hiba is jelentéktelenné válik, sőt a mi rendszerünkönél teljesen eliminálva van, mert a gyakorlatilag rugalmatlan pelottaanyag nem tágulhat (deformálódhat). Csupán az érfal merevségének legyőzése okoz valamely hibaforrást (kb. 10–15 Hg. mm.), de ez sem jelent összehasonlítható vizsgálatoknál ennyit, mert ebből csak az érfal merevségének egyéni különbségei szerepelnek. Ezek az egyéni különbségek azonban a manzsettánál is éppúgy meg vannak. Az ér feletti lágyrészek pedig olyan puhák, hogy azok a nyomást teljesen átadják, míg a manzsettánál már feltétlen hibát okoznak (izomösszehúzódás, a kar tömegesebb lágyrészei stb.).

Hogy a deformációs tágulási hiba milyen sokat jelent, azt a következő kísérlet is bizonyítja. Ha a pulsust különböző anyagból készült pelottával nyomjuk el ugyanazon egyénnél, akkor kb. 1 mm. vastag falú gummipelottával pl. 190 Hg. mm. vérnyomást találunk, azután megismételjük a mérést úgy, hogy a pelotta oldalát leukoplast csíkokkal be ragasztjuk és ezáltal a deformációs (tágulási) hibát csökkentjük, akkor az eredmény kb. 40–50 Hg. mm.-rel kisebb lesz, azaz csak 140–150 Hg. mm.-t fog kitenni. Valóban a nyomás közben megfigyelhető a gummipelotta oldalfalának nagymértvű kiboltosodása, tágulása, ami a hibát okozza: ez vastagabb falú gummipelottánál kisebbmértvű (de itt viszont más hibák szerepelnek, pl. a gummifal saját keménysége), a leukoplasttal körülragasztott gummipelottánál még kisebb, nem rugalmas pelottánál pedig csaknem nulla.

Összefoglalás: Eszközömmel azt az ellenállást mérjük, amelynek legyőzése szükséges ahhoz, hogy a pulsáló áramlás a radialisban megszűnjék, vagy egyenletessé váljék. Így az intraarteriális nyomással arányos értéket kapunk, amely állandóságánál és exactságánál fogva a vérnyomás mérésére alkalmas.

A sphygmomanometria előnyei tehát elméleti szempontból világosak, sajátrendszerű eszközömmel emellett több gyakorlati fontosságú előnyei is vannak; ilyenek pl.: hogy a célszerűbb pelottával régebbi sphygmomanometerek hibái kiküszöbölhetők. Könnyen kezelhető, mert nem kell a pelotta felső membránján compensációs ellennyomást gyakorolni, ahelyett a pumpával az esetleg szükséges előnyomást már előbb megadjuk. Kis helyen elfér, zsebben hordható. A mérés néhány másodperc alatt elvégezhető. A vérnyomás hosszabb ideig figyelhető anélkül, hogy az a kar leszorításának hibáival járna (reflexes, vasomotoros hatás, vis a tergo csökkentő hatása stb.), a betegek jobban tűrik. Nem kell a betegnek levetkőznie. A manzsettás elszorítással járó kellemetlen érzés elesik, ami ideges egyéneknek még a mérés szempontjából is fontos. Igen fontos továbbá a könnyű kezelhetősége pl. haldoklónál, ahol az egyre csökkenő szíverőt többnyire csak a pulsus elnyomhatóságából igyekeznünk megismerni, mert a vérnyomásmérésre ritkán kerülhet a sor, míg eszközömmel pl. óránként megismételhetjük a mérést és így exact mértékét állapíthatjuk meg a vérnyomás változásának is. Ugyanígy műtét (narcosis) közben könnyedén ellenőrizhetjük a vérnyomás ingadozásait, ami indicatiót nyújthat esetleg a műtét tartamának sürgős megrövidítésére és így fontos lehet quoad vitam is.

Tömeges ambulantiákon, hol eddig a Riva-Rocci eljáráshoz szükséges idő miatt vérnyomásmérésre ritkán került a sor, eszközömmel néhány másodperc alatt exact adatot nyerhetünk.

Theoretikus értelemben véve teljesen kifogástalan eljárást nem lehetne találni a vérnyomás mérésére, —

sőt az intraarterialis eljárásnak is vannak hibái — de *praktikus* értelemben az én eszközüm az eddig használt készülékek legkülönbözőbb hibáit kiküszöböli és kezelhetőségénél fogva gyakorlati diagnostikus céloknak igen megfelelő.

Irodalom: *Basch:* Berl. Klin. Wschr. 1887. — *Sahl:* Klin. Untersuchungsmethoden 1920, 1928. — *Korányi:* Orvosképzés 1928. I. — *Recklinghausen:* Zschr. f. klin. Med. 1930. 113. — *Straub:* Abderh. biol. Arb. Meth. 54. k. 75. — *Staehelein:* Klin. Wschr. 1932. 20. sz.

A Pázmány Péter Tud-Egyetem I. női klinikájának közleménye (igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár).

Időelőtti nemi érettség előidézésére vonatkozó kísérletek.

Irta: *vitész Schulcz Agost dr. tanársegéd.*
(Folytatás.)

Természetes cyclosokat, időelőtti szabályszerű, periodikus nemi működést ezekben a kísérletekben sem értünk el. Hogyha a bevitt prolan hatására fellépő hüvelyi

reactio beállta után elhagyjuk a további hormon befecskendezést, akkor, amennyiben még infantilis korú és súlyú volt az egér, ismét negativ phasist jelzett a mindennapi hüvelyváladék-vizsgálat. Újabb állandó napi $1/5$ egység prolan befecskendezésével ismét ki tudtuk váltani az állandó ivarzás állapotát. Ha az ilyen módon állandó ivarzásban tartott, fiatal 14–15 gr súlyú egérnél elhagytuk a hormoninjekciókat, akkor még pár napig positiv volt a hüvelyi lelet, azután negativvá vált.

Napi $1/8$, $1/10$ és $1/20$ egység prolántól is (csak a kezelésnek 10–20. napjától) fellépett a korai ivarzás fiatal egereken. Ez is átmenetinek bizonyult azonban. A kezelés elhagyása újabb dioestrust eredményezett és csak több napon át ismételt újabb befecskendezések váltottak ki megint ivarzást. Az így kezelt egereken is csak átlag 17.5 gr súly mellett következett be a spontán nemi működés.

Tört adag mellsőlebens-hormon tartós adagolásával tehát csak addig érünk el nemi működést, (állandó tüszőérést, nem pedig cyklust), amíg a hormon bevitele tart. A kísérleti állatoknál spontán peleezés csupán azon test-súly mellett állott be, mint a normalis controll-állatoknál. Vagyis igazi korai nemi érettség nem volt előidézhető.

Napi $1/5$ ME prolan-befecskendezés hatása.

25/6. számú egér.

Nap.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	20	1	2	3	4	5	6	7	8	9	30	1	2	3	4	5	6
Re.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	p	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Inj.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	
Súly gr.	12																																			13

Nap.	37	8	9	40	1	2	3	4	5	6	7	8	9	50	1	2	3	4	5	6	7	8	9	60	1	2	3	4	65—80
Re.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Inj.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Súly gr.									145																		16	18	

25/7. számú egér.

Nap.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	20	1	2	3	4	5	6	7	8	9	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	40	1	2	3	4	5	6			
Re.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	p	+	m	m	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Inj.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Súly gr.	11																					135																											

Nap.	47	8	9	50	1	2	3	4	5	6	7	8	9	60	1	2	3	4	5	6	7	8	9	70	1	2	3	4	5	6	7	8	9	80	1	2	3	4	5	6	7	8	9	90	1	2				
Re.	p	p	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Inj.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Súly gr.																																																		

o = $1/5$ egység injectio.

Tudjuk, hogy petefészek hormon (folliculin) csak a hormon bevitel után egy ízben látunk az éretlen állaton hüvelyi ivarzást. Időelőtti, rendszeres, periodikus peteérést sem *Zondek*-nek, sem másnak nem sikerült petefészekhormonnal előidézni. Egy sorozat infantilis, 8–9 gr-os fehér egéren mi is megfigyeltük, befolyásolja-e folliculus-hormon egéregységnyi*) mennyiségének adagolása és ezzel egy ízben kiváltható, időelőtti hüvelyi Brunst-reactio az első ovulációnak, a spontán pubertásnak bekövetkezését? Továbbá, huzamosabban adagolt tört adag folliculus-hormonnak milyen a hatása? A Richter gyár megbízhatónak ismert „Glandubolin“-jával kísérleteztünk. Más helyen is leszögeztük**) és itt is csak ismételtük azt a tapasztalatunkat, hogy két egéregység tüszőhormonnal kiváltott egyszeri hüvelyi reactio után nem tolódik el az átlagos normalistól az állatok spontán tüszőérésének, pubertásának bekövetkezése.

Napi $\frac{1}{4}$ egység petefészek-hormon befecskendezése után 4–5 napon belül megjelent a juvenilis fehér egereknél a pozitív hüvelyi reactio, az injectiók elhagyásával hosszabb dioestrus következett be, majd az állatok 13–14 gr súlyánál (a tavasz beálltával hamarabb fejlődnek ki az állatok!) kezdődött meg a spontán nemi működés, úgy, mint a kontroll-állatokon. Kisebb ($\frac{1}{5}$, $\frac{1}{8}$, $\frac{1}{10}$ egéregység), tört adag glandubolin napi befecskendezése mellett az adagolt hormonmennyiség csökkentésével arányban, mindig több napi kezelés után lépett csak fel pozitív hüvelyi reactio. A befecskendezések elhagyása után dioestrusban maradtak az infantilis egerek, csak a szokásos súly elérése után érték el valódi nemi érettségüket. Állandóan folytatott egészen kis adag ($\frac{1}{20}$ – $\frac{1}{40}$ egység) befecskedésénél a minimális mennyiségű hormon semmi hatást nem váltott ki. Ezek az egerek is a normalis controllokkal egy időben érték el a nemi érettséget. Cylusuk, állandó tört adag glandubolin beadása ellenére zavartalanul folyt tovább.

A petefészek tüszőhormonjától, a glandubolintól sem következett be — az egéregység töredékének huzamos bevitelétől sem — korai tökéletes nemi érés.

A művi koraérés előidézését *Zondek***) úgy kísérte meg, hogy infantilis egerek petefészkére kis adag röntgensugarat bocsátott (Reizdosis). Egészen kismennyiségű sugár adagolása (castratiós adag $\frac{1}{10}$ része: 5 R) lényegtelen, de nagyobb sugáradag: 10–25–40 R. lényeges folliculusérést váltott ki a fiatal petefészekből. A röntgennek anatómiai értelemben volt serkentő hatása a petefészkekre. Biológiai koraérést, időelőtti hormontermelést és az állatok hüvelyi váladékának korai ivarzási állapotát nem sikerült elérni. *Zondek* érthetően találja ezt, mert a hypophysis mellsőlebens hajtó ereje nélkül nincs petefészek működés. Megkísérlendőnek ajánlja a juvenilis állatok hypophysisének röntgenbesugárzását. (Lásd könyvének 64. oldalán). Mi ezt 45 infantilis egérrel, a megfelelő kontroll-állatok beállításával el is végeztük.***) Csúpan 4 állat pusztult el, a többieknek részben biológiai viselkedését (hüvelyváladékuknak a genitalis cylus szempontjából való mindennapos ellenőrzésével) figyeltük meg, — részben, néhány nappal a hypophysis besugárzása után levélve az állatot, petefészkük anatómiai viselkedését ellenőriztük.

*) Egy egéregység folliculin a női sexualhormonnak az a legkisebb mennyisége, amely castrált állatnak 48 órában belül, 6 részben befecskendezve, 80 óra múlva a hüvelyváladékban rögzösödést (Schollen-stadium) idéz elő.

**) Kir. Orvosegyesület. Gynaekologiai szakosztálya 1932. X. 13-i ülésén tartott előadásban.

***) Ezekhez a kísérletekhez szükséges szaktanácsokért és a röntgenezés elvégzéséért klinikánk Röntgenosztálya vezetőjének, *Gajzágó Jenő dr.* egyet. tanársegédnek tartozom hálás köszönettel.

Az egészen kis ($2\frac{1}{2}$ –5 R.) mennyiségű sugár nem változtatta meg az egerek nemi érettségének bekövetkezésében ismert normalis viszonyokat. A 7–14 R. sugárral való hypophysis-ingerlés nyomán is nagyjában a rendes időben kezdődött meg az egerek nemi működése. Éppen csak valamivel súlyosabbak voltak ezek az egerek első cylusuk megjelenésekor (átlag 19 gr-osak), mint a hasonlókorú kontroll-állatok (16–17 gr) ugyanabban az időben. Lehetséges, hogyha a mellsőlebens folliculust érlelő (prolan A) és sárgatest-képző (prolan B) hormonjának termelésére nem is hat ingerlően a röntgensugár kis adagja, az ugyancsak a hypophysisben levő *Evans* és társai által tanulmányozott növekedési hormon (Wachstums-hormon) képzésre serkentő hatást gyakorol.

Nagyobb, a castratiós adaghoz (ez egérnél kb. 54 R., *Schugt*†) közelálló röntgensugár-adaggal (21–28–35 R.) viszont az állatok növekedésében visszamaradást idéztünk elő. A nemi működés ugyan az állatoknak már 15–17 gr testsúlya mellett megkezdődött, de időre nézve ez jóval később következett be, mint a kontroll-állatoknál. Míg az alacsony sugármennyiségekkel kezelt 10 gr súlyú egerek átlag két hónap alatt 19 gr. súlyúvá növekedtek, addig a nagy röntgen-adagokkal kezelt 10 gr-os egerek még 3 hónap múlva is csak 15–16 gr súlyossá fejlődtek. Hogyha még nagyobb (45–54 R.) röntgen-adagot kaptak az állatok, ivarérettségük utóbb akkor is kifejlődött, mégpedig nagyjában úgy, mint az előbbi kísérleti csoport tagjainál. Azonban többször előfordult nagyobb rhythmus-zavar a periodusokban; pl. az első önként kifejlődött rövid ivarzási állapot (Brunst) után 2–3 hetes szünettel (Dioestrus) állott be a következő cylus.

Kísérleteink eredménye, hogy *hypophysisnek röntgensugárral izgatásával a petefészek időelőtti működését, az egerek korai nemi érettségét kiváltani nem tudtuk.* A kis adag röntgensugár a növekedési hormonra talán serkentő, a nagyobb sugár-adag pedig bénító hatással van.

Hogy a röntgensugárnak a hypophysisre adott izgatató adagjai okoztak-e elváltozást a petefészek anatómiai fejlődésében, azt úgy ellenőriztük, hogy az egyes kísérleti állatcsoportok egy-egy tagját a besugárzás után néhány nappal leöltük és ivarmirigyeiket szövettanilag feldolgoztuk. Ezekben az infantilis petefészkekben a szokásos képtől alig eltérően, legfeljebb valamivel élénkebb tüszőhámsejt-szaporodást észleltünk. Nem voltak azonban érettebbek a tüszők, mint az ugyanilyen korú éretlen kontroll-állatok petefészkében. Eszerint anatómiai értelemben éppen úgy nem található művi koraérés, mint ahogyan ez biológiai értelemben, — a korai petefészekhormon-termelésben — nem volt kimutatható.

*

Előregedett kísérleti állatoknak már működés nélküli petefészkét hypophysis mellsőlebens-hormonnal ismét működésbe lehet hozni úgy, hogy az állat ismét szabályos időközökben ivarzik.^{††)} A klimaxos állatot azonban nem csak prolannal, illetőleg hypophysis beültetéssel, hanem az ovarium hormonjával, a folliculinnal is reactíválni lehet. A petefészek megszünt működését ilyenkor — *Zondek* feltételezése értelmében — a bevitt folliculinak az idősebb állat hypophysisének mellsőlebensére, — mint motorra való serkentő hatása váltja ki és tartja fenn továbbra is. A fiatal állatban folliculinnal csak egy hüvelyi varzást tudunk kiváltani. (*Kraut*^{††)} szerint folliculinnal kezelt állatok petefészké valamivel hamarabb érlel tüszőt, mint a controlloké. Ezt nem látjuk igazolva). Talán az infantilis hypophysis még nem képes reagálni a folliculinnak ingerlő hatására, melynek révén a semilis

hypophysis képessé válik az előregedett ovarium működésének feltámasztására.*)

A klimax gyógyításának prognózisában — mint látjuk — sokkal távolabbi kilátást nyújtanak a laboratórium kísérleti eredmények, mint az infantilizmus kezelésében**). Klimaxban sikerül a nemi működést egy időre visszaállítani a hypophysis és ovarium hormonjával egyaránt. Kísérleteink azt mutatják, hogy viszont időelőtti valódi, állandósuló nemi érettséget, pubertas praecox-ot sem tüszőhormonokkal, sem hypophysis mellőlebens-hormonokkal különböző módon való adagolásával sem az infantil hypophysis röntgenezésével létrehozni nem sikerül.

Irodalom: 1. Biedl: Klin. Woch. 1928. 17. — 2. Ehrhardt: Arch. f. Gyn. 148. 1. — 3. Evans, Cit. Zondek: Die Hormone, 109. o. — 4. Fraenkel: Arch. f. Gyn. 1927. 132. — 5. Higuchi: Zbl. f. Gyn. 1931. 31. — 6. Krawl: Arch. f. Gyn. 148. 1. — 7. Schugt, Cit. Zondek: Die Hormone 60. o. — 8. Trendelenburg: Die Hormone (Springer, 1929.) — 9. E. Zondek: Arch. f. Gyn. 144. 2-3. — 10. U. az, D. Horm. d. Ovar. u. d. Hypophysen VI. (Springer, Berlin, 1931.) — 11. Zondek és Aschheim: Arch. f. Gyn. 130. 1.

A Ferenc József Tud.-Egyetem bő- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc ny. r. tanár).

Passiv átviteli kísérleteink salvarsantul-érzékenység eseteiben.

Irta: Sipos Károly dr.

Az allergia újabb elmélete értelmében minden allergiás folyamat sejtekben lezajló allergén-reagin kapcsolaton nyugszik. Ugyancsak az újabb kutatások vezettek a reakcióban szereplő két componens, az allergén és reagin megismeréséhez. Ezek szerint allergén lehet kémiai anyag, élőlény, fizikai behatás. Hatása abban áll, hogy a szervezetbe bejutás után reagin képződést indít meg, s ezekkel, vagy ritkán az ott már készen talált reaginnal kapcsolódik. A reagin sajátos ellenanyag, mely kizárólag allergiás szervezet terméke. Valamely betegség allergiás voltát számos tünetből következtethetjük, pl. jellegzetes klinikai tünetcsoport, functionális bőrpróbák, haemoklasias crisis stb. Ezek gyakorlati jelentősége azonban jóval kisebb, mint a reagin közvetlen kimutatásán alapuló passiv átviteli kísérleteké. E kísérletek lényege szintén allergén-reagin kapcsolat. A reagint a túlérzékeny egyén vérsavójával visszük át a kísérleti egyénbe és ugyanoda helyezzük be az allergént is. Tehát művi teremtett ugyanolyan viszonyok között adja a kísérleti egyén a kóros reakciót, mint az eredeti, a túlérzékeny vérsavót szolgáltató szervezet. Prausnitz—Küstner módszerével az érzékeny vérsavót, Königstein—Urbach kísérlete szerint pedig bőrízgatókkal (cantharidintapasz) húzott hólyagtartalmat viszünk át. Lehner-Rajka nyúlfiú kísérlete mindkét anyaggal történhet, előnye, hogy a kísérlethez ember helyett nyulat választ.

Doerr fennebb vázolt elmélete által — melynek jogosságát a többi tünetekkel karöltve, különösen a passiv átviteli kísérletek igazolják — az allergia fogalmának köre nagy mértékben bővült. Ezek szerint az eddig annyira különbözőnek ismert kórképek, mint anaphylaxia, idiosyncrasia, sensibilibatio, mai felfogásunk szerint már nem más, mint egy-ugyanaz, mégpedig allergén-reagin kapcsolaton nyugvó kórfolyamat különböző megnyil-

vánulásai. De míg egyes betegségek idetartozása kétségen kívül áll, addig más betegségek allergiás eredete még vitás, vagy talán helyesebben mondva nem teljesen beigazolt. E megállapítás többek között különösen a salvarsantulérzékenységre vonatkozik. Messze vezetne, ha az e témánál mondott dolgokat felsorolnánk. Az idevágó irodalom jórésze éppen a passiv átvihetőséget vizsgálja, kísérleteink kapcsán mi is ehhez a kérdéshez kívánnunk hozzájárulni. Hogy a salvarsantulérzékenység bizonyos esetekben passiv átvihető, sikerült kísérletek alapján kétségtelen. Elegendő Raynaud, Montpelier és Lacroix, Riehl, Biberstein, Lehner és Rajka, Lang és Dér eseteire hivatkoznunk. Ezzel azonban a kérdés nincs eldöntve. Elbírálásánál súlyosan esik latba a sikertelen kísérletek nagy száma, aminek okaira alább részletesen fogunk kitérni.

Hosszabb idő óta rendszeresen végzett passiv átviteli kísérleteink közben négy ízben volt alkalmunk salvarsantulérzékeny vérrel kísérletezni, melynek kísérleti eredményeit röviden közöljük.

1. Gy. J. 50 é. férfi. Lues latens miatt 1930. szeptember hóban kombinált salvarsan-bismuth kúrát kezd. Az első 0.30 g Neosalvarsan injectio után hirtelen hidegrázás, kb. három napig tartó 38–39° közötti hőemelkedés, szédülés és erős fejfájás jelentkezett. Bőrön semmi tünet. Emiatt csak a harmadik kúrában kap ismét Revival injectiót, amikor is az ötödik injectio után (0.30 g) hirtelen a már előbb leírt tünetek jelentkeznek, hányingerrel, hányással. Néhány nap múlva a bőrön, különösen a hajlatokban és a hát bőrén elég sűrűn elszórt kölesnyi göbcséket tartalmazó kipirult viszkető góccok jelentkeznek, melyek pár napi fennállás után elmúlnak. Jadassohn-féle diagnosztikus bőrpróba (1:2000 hígítású Revival oldat intracutan fecskendezve) erősen pozitív. Átoltás céljára vért veszünk és cantharidin-tapasszal a kiütéstől mentes területen hólyagot húzunk. Kísérleteinket csak luesben szenvedő egyénekben végeztük.

Prausnitz—Küstner kísérletét három egyénen végeztük a következő módon: mindegyik beteg bal alkarjának hajlító oldalába intracutan 0.1 ccm túlérzékeny vérsavót, ugyanakkor a jobb kar megfelelő helyére 0.1 ccm normalis vérsavót fecskendezünk. Kb. 24 óra múlva mindkét karba az előbbi oltás helyére 0.1–0.1 ccm 1:2000 hígítású Revival oldatot adunk intracutan. Negyedóra múlva a következőket észleljük: két egyénen az érzékeny savóval kezelt helyen kb. pengőnyi nagyságú csalánfolt, tenyérnyi nagyságú hyperaemiás udvarral, ugyanakkor a normalis savóval kezelt helyen keletkezett csalánfolt fillérnél alig nagyobb terjedelmű, jóval kisebb a hyperaemiás udvar is. Harmadik egyénen az érzékeny savóval kezelt hely reakciója a kontrollal megközelítőleg ugyanaz. E reakció kb. 1 óra alatt tűntek el, a nagyobb reakciót adó érzékeny helyeken valamivel később. A késői reakciókat 24 óra múlva olvastuk le, amikor is a két erős reakciót adó érzékeny savóval kezelt helyen erősebb hyperaemiás duzzanat, egybeült a szűrt csatorna körül kisebb terjedelmű hyperaemiás folt volt látható. A reakció különbözősége még a következő napon is szembevető volt.

Königstein—Urbach módszerével 5 egyénen kísérleteztünk. Mindegyik egyén bal alkarjának hajlító oldalába 0.1 ccm érzékeny hólyagtartalmat, ugyanakkor a jobb alkar megfelelő helyére salvarsantűrő egyénből cantharidintapasszal nyert hólyagtartalomtól 0.1 ccm-t fecskendezünk. 24 óra múlva mindkét karba az előbbi oltás helyére 0.1–0.1 ccm 1:2000 hígítású Revival oldat adunk intracutan. A következő napra kifejlődő reakciók az érzékeny hólyagtartalommal kezelt 3 egyénen majdnem pengőnyi nagyságú hyperaemia és duzzanat képében nyilvánultak, a kontroll helyén kb. fillérnyi hyperaemiás folt, mely különbség még 48 óra múlva is ki-vehető volt. Egy esetben az érzékeny helyen a reactio

*) Zondek, Die Hormone, 101., 173. és 232. old.

**) Ehrhardt²⁾ eredménytelenül kísérlete meg tyúkodon időelőtti peteérés előidézését. Majmoknál mellőlebens-hormonnal sárgatest-képződést előidézni nem tudott.

csak minimalis mértékben nagyobb. Egy egyénen a két reactio teljesen egyforma.

Lehner—Rajka nyúlfulkísérletét 3 házinyúlön végeztük. 2 nyúl balfülébe intracutan 0.1 ccm érzékeny hólyagtartalmat, harmadik nyúlön ugyanennyi érzékeny savót oltottunk. Ugyanakkor controll gyanánt a jobb fülbe ugyanannyi normal hólyagtartalmat, illetőleg normal savót oltottunk. Negyedóra múlva a képződött csalánfoltokat megskarifikáljuk és odahelyezzük az allergent: Revival oldatban áztatott és ragtapasszal gondosan leragasztott kötés alakjában. 2 nyúlön kb. 24 óra múlva a bal, érzékeny savóval kezelt fül gyulladásos jóval erősebb, kb. 5 pengőnyi nagyságú, élénk-piros duzzanat hyperaemiás udvarral, ugyanakkor a jobb fülön a duzzanat a környező hyperaemiás udvarral pengőnél alig nagyobb területű. Harmadik (vérsavóval kezelt) nyúlön a bal fül reactiója alig észrevehetően nagyobb. A reactiók közti különbség még 2 nap múlva is kivehető.

2. G. J. 58 é. férfi, Lues latens miatt első combinált salvarsan-bismuth kúrát kap. Az első injectiókat jól tűri. A negyedik Revival oltás után erősebb fejfájása, majd hőemelkedése is volt. Néhány nappal ezután rohamosan az egész testfelületre kiterjedő nedvező dermatitis lépett fel. A betegség kezdeti szakában végzett functionalis bőrpróba negatív, a gyógyulási szakban megismételve, erősen pozitív.

Átvitel Prausnitz—Küstner szerint 5 egyénre. Korai reactiók 3 egyénen, az érzékeny savóval kezelt helyeken pengőnyi nagyságú feszes csalánfolt, hyperaemiás környezettel, ugyanakkor a controll helyén szemmel láthatólag kisebb hyperaemiás duzzanat képében nyilvánul. Két egyénen az érzékeny és controll helyek reactiója teljesen egyforma volt. Késői reactio csak egy egyénen mutatkozott, az érzékeny helyen valamivel nagyobb gyulladás képében, a többi reactiók körülbelül egyformák voltak.

Lehner—Rajka nyúlfulkísérlet 2 nyúlön végezve negatív.

3. K. L. 20 é. férfi Lues I. miatt első 0.30 g Revivalt kap. Utána kb. 2 óra múlva hidegrázás, két napig tartó 38.0–39.0° C körüli hőemelkedés, állandó hányinger, többszörös hányással. Intracutan végzett functionalis bőrpróba pozitív. Mindhárom átviteli kísérlet 6 emberen és 2 nyúlön végezve sikertelen.

4. Sz. M. 18 é. leány. Lues I. miatt első 0.15 g Revivalt kap. 5 perc múlva az egész testen, különösen az arcon és nyakon fillérnyi nagyságú, jól kiemelkedő feszes csalánfoltok, subjectív kellemetlenségek nélkül. Egy hét múlva megismételt 0.15 g Revival injectio után hasonló tünetek jelentkeztek. Functionalis bőrpróbát nem végeztünk. Átviteli kísérletek **Prausnitz—Küstner**, **Lehner—Rajka** szerint 4 emberen, 2 nyúlön végezve eredménytelen maradt.

Mint a most közölt eseteinkből látható kísérleteink változó eredményre vezettek, amiknek értékelésénél nagy vigyázattal kell eljárunk.

1. sz. esetünkben a **Prausnitz—Küstner**-féle kísérlet 2 egyénen kifejezetten pozitív reactiót adott. 1 egyénen a reactiók között különbség nem volt. **Königstein—Urbach** módszerével 5 egyén közül hárman találtunk jellegzetesen pozitív eredményt, egy esetben a reactio teljesen negatív volt. Nyúlful kísérletben mindhárom esetben pozitív eredményt kaptunk. Ez esetünkben tehát a salvarsantúlérzékenység passiv átvitelét sikerültnek kell tekintenünk. 2. sz. esetünkben 5 kísérleti egyén közül hármon a **Prausnitz—Küstner**-féle korai reactio kifejezetten pozitív. Azonban a reactio sikerére sokkal jellemzőbb, az 1. számú kísérleteinkben is észlelt késői tüneteket egy egyénen sem tapasztaltuk. **Lehner—Rajka** nyúlful kísérlete két esetben szintén eredménytelen. Ez esetünk elbírálása nehéz. Ugyanis, ha negatívnak vesszük kísérleteinket (tehát feltételezzük a reagin hiányát), semmi kép sem tudjuk magyarázatát adni, hogy ugyanabban az

időpontban, ugyanegy vérrel, teljesen azonos körülmények között történt átvittel miért kaptunk 5 egyén közül hármon erősebb gyulladásos reactiót a túlérzékeny savóval kelt helyen, viszont, ha a 3. esetet pozitívnak tekintenénk (a vérsavóban reaginnak feltétlenül jelen kell lennie), kérdés marad, miért nem sikerült az átvitel a többi 3 egyénen és miért maradtak sikertelenek a nyúlfulkísérletek.

3. és 4. számú eseteinkben az átvitel nem sikerült.

Fentebb már említettük, hogy a salvarsantúlérzékenység átvitele az esetek jó részében sikertelen maradt, ami annál inkább fétűnő, mert egyéb tünetekből következtetve ezek allergiás eredete a legnagyobb valószínűség szerint felvehető. Szerintünk ennek okát technikai hibákban nem kereshetjük. A kísérlet egyszerű, exact pontossággal végrehajtható. Másik több oldalról említett hibaforrás, nem alkalmas időben vett vérrel történő kísérletezés lenne. Kísérleteinkben ugyanis csak a keringésbe jutott reaginet mutatjuk ki. Ez pedig a kísérletekből nyert következtetések alapján csak bizonyos fokú felszaporodás után jut kellő mennyiségben a véráramba, honnan azután hosszabb-rövidebb idő múlva újból eltűnik. A reaginnak a véráramban tartózkodására, mely tehát az átvitelre a legalkalmasabb időpont, közvetlen bizonyítékaink nincsenek. Csak következtethetjük, hogy ez az idő összeesik a betegség kifejlődésének, a súlyosabb általános tünetek fellépésének az idejével. Tájékozódást nyújt a **Jadassohn**-féle functionalis bőrpróba. **Lehner** és **Rajka** kísérletei szerint allergén behatás után félórán belül vett vér tartalmazza a legtöbb reagint, ez lenne az optimalis idő. Ezek szerint tehát a reaginnak a vérben tartózkodására nagy valószínűséggel tudunk következtetni, azonban mégsem zárhatjuk ki e körülményt, mint hibaforrást, addig, míg a reaginek természetét, viselkedését közelebbről nem ismerjük. **Bloch** ezen kívül ily egyénekben az allergiás reactiók mellett, más, eddig teljesen ismeretlen folyamatra gondol, melynek a betegség keletkezési mechanizmusában lenne szerepe. Ezek az elméletek a passiv átviteli kísérletek gyakori sikertelenségének okát a túlérzékeny vérsavó sajátágaiban, annak befolyásában látjuk. Mi azáltal, hogy kísérleteinket egyidőben teljesen azonos körülmények között mindig több egyénen végeztük, még egyéb, a reactio sikerét szintén befolyásoló körülményre lehattunk figyelmesek. Láttuk ugyanis, hogy az így végrehajtott átvitelekre a különböző egyének nem egyformán reagálnak. Kifejezett pozitív reactiót adó egyének mellett találtunk gyengébben reagáló, sőt teljesen reactionmentes egyéneket is. Már pedig a sikerült kísérletek tanúsága szerint az átvitt vérsavóban a reagin jelen volt és ezt a teljesen azonos körülmények között végrehajtott átviteli kísérleteinkben, minden egyes kísérleti egyénben egyformán kellett átvinnünk. Hogy ezek ellenére mégsem kaptunk egyformán pozitív eredményt, ennek okát csakis kísérleti egyén, tehát a túlérzékeny savót befogadó szervezet valami, eddig még ismeretlen, befolyásában kell feltételeznünk, mely a reagint hatástalanná teszi vagy legalább is az allergénnel kapcsolódásában gátolja. A befogadó szervezet e tulajdonságát, mely véleményünk szerint sok sikertelen kísérletnek az okozója, más passiv átviteli kísérleteinkben is megfigyeltük. Ennek kikutatására irányuló kísérleteink ezeit eredményre nem vezettek. Feltárásuk talán a reaginek közelebbi ismeretéhez vezet, ami a további allergiás kutatások egyik igen fontos célja.

Összefoglalás:

1. A salvarsantúlérzékenység passiv átvihető.
2. Az esetek egy részében ezek a kísérletek nem járnak eredménnyel.

3. Ennek oka gyakran a befogadó szervezet valami még ismeretlen, gátló hatásában rejlik.

Irodalom: Fuchs és Riehl: Arch. f. Derm. u. Syph. 1928, 154. k. 88. o. — Riehl: u. ott 1929. 157. k. 57. o. — Lehner és Rajka: Bőrgy. Urol. és Vener. Szemle 1924. 11. sz. — Lang és Dér: Münch. Med. Wschr. 1927, I. 59. o. — Nathan és Grundmann: Derm. Zschr. 1931, 60. k. 127. o. — Bloch: Klin. Wschr. 1928, I. 1650. — Lehner és Rajka: Gyógyászat 1929, 601. o. — Biberstein: Zbl. 1928, 18. k. 427. — Raynaud—Montpellier—Lacroix: Ref. Zbl. 1924, 9. k. 480. o. — Doerr: Arch. f. Derm. u. Syph. 1926, 151. 7. — Pick: Derm. Wschr. 1924, 78. k. 15. o.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A Basedowkór kezelése állatvérinjecciókkal. Nagel. (Dtsch. Arch. klin. Med. 174. k. 1. f.)

Az állatvérinjecciók hatásmódját a szervezet áthangolásával, nem pedig specifikus ingerrel vagy substitutios gyógy-móddal vélik magyarázni. Az idevágó közleményekben részben igen jó hatásról számolnak be, viszont teljesen hatástalan kezeléssel is tudunk.

Szerző 14 Basedowbeteget vizsgált, kiken az állatvérinjecciókat pontos előzetes megfigyelés után alkalmazta. A kezelés 45—70 napig, az előzetes megfigyelés 20—70 napig tartott. Az állatvérinjeccióktól javulást nem látott, ezeket ártalmatlan, de hasztalan kezelésként tartja.

Molnár István dr.

Az extrarenalis vízkiválasztásról szívinsufficienciában. Magendantz és Stratmann. (Dtsch. Arch. klin. Med. 174. k. 1. f.)

10 szívinsufficienciában szenvedő beteget vizsgáltak fenti szempontból, kikben a pangásos tünetek és az oedemák tisztán kardiális eredetűek voltak. A bőrön és tüdön keresztül létrejövő extrarenalis vízkiválasztást a testsúlyból, valamint a bevitt szilárd ételek és a folyadékmennyiségből, ill. bélsár- és vizeletmennyiségből határozták meg. Eredményeik megítélésére csak 150 gr-on felüli vízkiválasztást használtak fel. Az extrarenalis folyadék-kiválasztás igen szembetűnő volt, eseteik egy részében jóval túlhaladta a diuresis által kiválasztott folyadékmennyiséget és nem egyszer ezt időbelileg is megelőzte. Az oedemák lecsapolódása után a normálissá váló vizeletmennyiség mellett az extrarenalis vízkiválasztás is visszament arra a fokra, mely a hőszabályozás céljait szolgálja. Mennél kifejezettebbek voltak a pangásos tünetek és oedemák, annál nagyobb mértékben vettek részt a vízkiválasztás extrarenalis factorai ezeknek megszüntetésében. Habár szabályszerűen nem állítják, mégis több esetben megfigyelhették, hogy a salyrganinjeccióval egyidejűleg, vagy az azt követő napon az extrarenalis folyadék-kiválasztás is többé-kevésbé fokozódott. A compensációhoz közeledve, a még csekély mennyiségben jelenlévő folyadék kiürítésére adott salyrganinjecció után a diuresis növekedett, az extrarenalis folyadék-kiválasztás viszont lényegesen csökkent. A teljesen víztelenített betegben, hol a salyrganinjecciót fokozott diuresis már nem követte, az extrarenalis vízkiválasztás sem változott.

Molnár István dr.

Sebészet.

A blastomycosisról. Seiler, Bern. (Bruns Beitr. 156. 4.)

Egy blastomycosis esetüket írja le, mely a IV. lágyékcsigolya tályogképződéssel járó teljes pusztulásához és a bordákban metastasishoz vezetett és több mint egy évi fennállás után a legsúlyosabb cachexia tünetei között a beteg halálát idézte elő. A még intra vitam kimutatott és pontos vizsgálatnak alávetett kórokozó a patkányokra pathogen élesztő gombának bizonyult. A behatoló kaput nem tudták bizonyossággal kideríteni; valószínűleg a tüdő góca volt a folyamat kiinduló pontja. A különböző fogatosított kezelési módok hatástalanoknak bizonyultak. A blastomycotikus góccok histológiai vizsgálata dús granulációs szövetet mutatott, mely részben epitheloid, részben óriás sejtekbe zárt gombáktól volt keresztül-kasul szöve. Különösen jellemző structurát nem mutatott ez a sarjszövet. A szövet közti gombák legjobban a Best-f. carminnal és basikus methylenkével festődnek.

Marx József dr.

A kollateralis respiratio viszonya a postoperatív atelektasia és az obstructiv emphysemához. Prof. C. M. van Allen, Feiping, China. (Bruns Beiträge, 156. 4.)

Cikkében szerző a kollateralis respiratio pulmonális funkcióját írja le, azonkívül a postoperatív atelektasia pathogenesise eseményeinek egymásutánját tárgyalja. Új kísérleti bizonyításokat hoz fel arra vonatkozólag, miért kell ezen állapot pathogenesisében a collateralis respiratiót és azon tényezőket, melyek ennek hatását leszállítják, tekintetbe venni. Majd röviden tárgyalja az obstructiv tüdőemphysema kór-okát, tünettanát, kórisméjét, és gyógyítását. Egyebek között hangsúlyozza, hogy az eddig között esetekben az emphysema eloszlása lobaris volt. Állatkísérleteket hoz fel annak bizonyítására, hogy ez az állapot a tüdő egyik, vagy több lebenyében, de nem kis lobularis részecskéiben idézhető elő.

Marx József dr.

Az ú. n. „coxa vara congenita” kezdete. Gültig és Herzog, Mährisch-Ostrau. (Bruns Beitr. 156. 4.)

Az u. n.: „coxa vara congenita” nem veleszületett megbetegedés, hanem egy aseptikus combnyaknekrosis következményes állapota. A Perthes-féle combfejmegbetegedéshez hasonlóan ilyen esetben a combnyak izolált megbetegedéséről van szó. Azért ök a kórkép elnevezésül az „asepticus combnyaknekrosis” ajánlják. A combnyak pusztulása folytán eltolódás jön létre, de természetesen nem az epiphysis vonalában, hanem distalisán attól a pusztulási zónától. A coxa vara kialakulásának foka függ a pusztulás nagyságától, a megterheléstől, a folyamat kezdetének időpontjától és a csontos áthidalás szilárdságától.

Marx József dr.

A liquorifistulák prophylaxisa és kezelése. Brun, Luzern. (Bruns Beitr. 156. 4.)

Liquorsipolyok dura-, agyvelősrüvelésekkel szövődött koponyacsonttörések és az agyműtétekhez szükséges osteoplasztikus koponyalékelések után keletkezhetnek. Mindig igen nagy veszélyt jelentenek. Elkerülhetők, ha a traumás agysérüléseket rögtön szakszerűen látjuk el: a durát sűrűn elvarrjuk, pontos vérzéscsillapítást végzünk, a galeát két rétegben varrjuk és műtét után a beteget megfelelően elhelyezzük; ha már fennáll ilyen sipoly, úgy minél hamarabb excindáljuk s utána helyét a leírt módon elvarrjuk.

Marx József dr.

Szülészet.

Spontán uterusruptura koraszüléskor chorionepithelioma miatt. G. Cohn. Posen. (Zbl. f. Gyn. 1932. Nr. 33.)

A leírt esetet a szerző egy 35 éves II. P. betegén észlelte, kin korábban több ízben antilueses kúrát végzett. Első terhessége lázas abortussal végződött. A terhesség ötödik hónapjában az asszonyon alhási fájdalmak léptek fel, ezért ágyynyugalmat rendelt. Ennek ellenére 2 nap múlva rendes középerős szülőfájdalmak jelentkeztek, csekély nyomási érzékenységgel a has felső részében. A fájások minden támogatás nélkül egészen jók voltak. Nemsokára megrepedt a burok és csakhamar megszületett a magzat. Ugyanekkor a szülőnő teljesen elesetté vált, heves hasi fájdalmakról panaszkodott. Szerző vizsgálatkor peritonealis shock és belső vérzés jeleit találta. Azonnal beszállította a női klinikára, ahol a laparotomiával a funduson harántrepedést találtak. A lepény sok vérral a hasüregben foglalt helyet. A nagy vérvesztés következtében a beteg még a műtőasztalon meghalt. A boncolás és szövettani vizsgálat a repedés helyén a méh izomzatát átszövő chorionepithelioma-szövetet mutatott ki.

Arany Sándor dr.

A kolposkopia alkalmazása a nőgyógyászatban. E. Preis-secker. (Zbl. f. Gyn. 38. sz.)

A kolposkopot mai formájában először Hinselmann alkalmazta 1925-ben. A készülék két főrészből áll: a tulajdonképeni optikai berendezésből (binocularis prismaüveg hat-szoros nagyítással) és a világítóberendezésből. Alkalmazása egyszerű kacsacsőrű tükör, vagy bármely más speculum bevezetése mellett történik. A kolposkopia legfontosabb feladata a portio s a fornix megvizsgálása, bár vele az egész hüvely jól áttekinthető. Használható a méhszáj mozgásainak megfigyelésére, physiologiás ektropium és gyulladásos erosio megkülönböztetésére, vele könnyen felismerhető, hogy a portiót laphám, vagy hengerhám borítja-e, végül nagy szerepe lehet a portio rákjának korai diagnosztikájában. Igen gyakran ugyanis szabad szemmel felismerhetetlenek azok az apró leukoplakiás elváltozások, melyek kolposkopiával a környezettől fehér reflexük folytán jól elkülöníthetők s melyeknek

szöveti vizsgálatok sok esetben egészen korai rákos elváltozást derített ki. Teljesen hasonló képet ad a kolposkopban a leukoplakiához a hyperkeratosis és a rákos felrakódás, itt a mikroszkópia lesz a döntő. A kolposkopia célja tehát főképpen a szabad szemmel észre nem vehető kezdődő rák diagnosztizálása, ami gyakorlat útján igen szép eredményeket adhat.

Lányik István dr.

Gyermekgyógyászat.

Adatok a Feer-féle betegség ismeretéhez. Steinbach. (Jahrb. f. Kk. 86. köt. 4. f.)

A szerző egy 6½ éves gyermeket észlelt, kin a varicella után, scarlatinához hasonló exanthema jelentkezett, ehhez conjunctivitis, erős fénykerülés, nátha, nagy elesettség, csökkenő mozgási készség, lelki lehangoltság, izzadás és nyáladzás járt. 4 hetes átmeneti javulás után újból felléptek a Feer betegség tünetei, melyekhez most még viszketőség, cyanosis, a kezek és lábakon hámlás, pulusszám emelkedés és magas vérnyomás járt. A elektrokardiogramm a myokardium károsodását mutatta. 4 hónappal a betegség megjelenése után lényeges javulás állott be s 1½ hónappal már elektrokardiogrammal sem volt kóros elváltozás kimutatható.

Lackner Lajos dr.

A csecsemők osztályozása a Sigaud-féle habitus típusok szerint Kelet-Poroszországban. Rehfeld. (Archiv. f. Kk. Bd. 97. H. 1/2.)

A szerző a Léderer által a csecsemőkre átvitt Sigaud-féle habitus típusok szerint próbálja a Kelet-Poroszországi csecsemőket osztályozni. Vizsgálatait egészséges csecsemőkön végezte s tekintetbe vette a szülők socialis viszonyait, a csecsemők korát, nemét, vonatkozásba próbálta hozni a habitust a psychével és a morbiditással.

240 csecsemőt vizsgált, akik közül 101 tiszta, 139 kevert habitus típust talált. 101 tiszta habitus típusból 48 muscularis, 30 digestivus, 20 cerebriális és 3 respiratorikus típust talált. Kelet-Poroszországban a muscularis digestivus típus a domináló. A psyché és a habitus között a következő összefüggést észlelte: a muscularis típusú csecsemők életrevalók, mozgékonyak, erősek, a cerebriális típusúak könnyen ingerelhetők, nyugtalanok, a digestivus típusúak phlegmatikusak. A respiratorikus típus képe csecsemőkorban még nem kifejezett.

A betegség és a habitus között biztos összefüggést nem talált. Ennek okát a vizsgált esetek kis számában és a csecsemőkor rövidegében látja.

Fontosnak tartja a constitutio további vizsgálatát a csecsemők gondozása és esetleg később gyógyítása szempontjából is.

Dóra Sándor dr.

Szemészet.

Hirtelen keletkezett bitemporalis hemianopsia két esete. L. Endelmann. (Zeitschr. f. Aug. 1932. szept.)

A hirtelen fellépő kétoldali látótérkiesések ritkák. Wilbrand és Saenger az aetiológia szempontjából 4 csoportra osztják: 1. Aneurysma, 2. Hypophysis tumor, 3. Ismeretlen ok, 4. Koponyaalapi törés. A 3-ik csoportban csak három esetet ismertettek. Szerző két újabb esetet közöl. 30 éves nőbeteg megütötte a fejét, utána rosszul kezdett látni. Objective bitemporalis hemidyschromanopsia volt észlelhető relativ centralis scotomával. Röntgen-felvételen az impressiones digitatae megnagyobbodtak. Az alsó hasfali reflex gyengült. A neurological diagnózis hypophysistumor és sklerosis multiplex között foglalt állást. Második esetében 23 éves nőbeteg bal szemére hirtelen megvakult. Rövidesen másik szemén is megromlott a látása és bitemporalis hemianopsia fejlődött ki relativ centralis scotomával. Szerző mindkét esetben aetiológiai momentumként sklerosis multiplexet tételez fel.

Weinstein Pál dr.

Jodiontophoresis öregkori szürkehályog esetén. B. Malkin. (Zeitschr. f. Aug. 1932. szept.)

Az iontophoresis segítségével sikerült jódot bejuttatni a csornokvizbe és üvegtestbe. Tuldosírosásban sem jut be jód sem az ép, sem az elszűrült lencsébe. Jodiontophoresis által semmi objectiv változás sem áll be az elszűrült lencsén. A medicamentum kataraktatherapiának iontophoresissal semmi alapja nincs, mert a lencsetek nem engedi át a fajidegen elektrolytet.

Weinstein Pál dr.

A Foster Kennedy syndroma. H. Meves. (Zeitschr. f. Aug. 1932. szept.)

Foster Kennedy írta le először elülső agyi tumoroknál, hogy a tumor oldalán lassanként fokozódó centralis scotoma észlelhető, az ellenkező oldalon pedig pangásos papilla. E syndroma megkülönböztető jel volta intraorbitalis tumorokkal szemben. A optikus intracranialis részében a papillomaculáris rostok nem oly védtettek és nyomásnak inkább ki vannak téve, mint az intraorbitalis szakaszban és ezzel magyarázható a centralis scotoma.

Weinstein Pál dr.

Az immunitástan újabb eredményei. F. Schieck. (Zbl. f. Ophthalm. 1932. 28. köt. 1. old.)

A szemészet két irányban veszi ki részét az immunbiológiából. Először immunitástani viszonyai összefüggésben állnak az egész szervezettel, másrészt pedig a lencsefehérjék specifikálásának kérdése, az uveapigment és szaruhártyafehérje jelentősége bír szereppel az anaphylaxiás folyamatokban, u. m. az endophthalmitis phakoanaphylactica, az ophthalmia sympathica és keratitis parenchymatosa klinikájában. Egyéb szembetegségek keletkezésére is fényt vetettek az immunitástan újabb eredményei: így a scrophulotikus megbetegedés és az u. n. allergiás szemgyulladások okaira.

Weinstein Pál dr.

Allergiás szembántalmak. G. Berneaud. (Zeitschr. f. Aug. 1932. szept.)

Az allergiás betegségekhez a szénaláz, asthma, eczema, urticaria, Quincke-féle oedema, migrain esetein kívül szembántalmak is tartoznak. Saját esetében állati productumnak a szembejutása okozta a tüneteket és pedig hal-allergiás conjunctivitist. A beteg az állattani kert őrzője volt, aki ángolna etetés közben heves szemgyulladást kapott szemhéjoedemával, fénykerüléssel. Kutyaszőr iránti érzékenység ritkább. Ilyen esetet is közöl. 25 éves férfi valahányszor megérintett egy kutyát, kötőhártyagyulladást kapott. A növényi anyagok is okoznak allergiás szemtüneteket. Egy gyereken a primula közelsége phlyctenae conjunctivitist és szemhéjekzemát okozott. A nőknél többször látott szemhéjekzemát szemöldökfestékek (paraphenylendiamin) használata után. A gyakori blepharoconjunctivitisek okai valószínűleg a Storm van Leeuwen-féle climaallergiának.

Weinstein Pál dr.

Fülgyógyászat.

Hallójárat exostosis*) cholesteatomával. Kraft. (Fol. oto-lar. 1932. 23. k. 1—2. f.)

32 éves férfibetegnek bal hallójáratában születése óta fennálló, a hallójárat hátsó falából kiinduló exostosisa van, mely állandóan növekedik, úgyannyira, hogy felvételt csak rés észlelhető a daganat és az elülső hallójáratfal között. Felvételi panaszok: bal füle és fülmögötti sipolya évek óta folyik, újabban lehaláskor szédül, füle duzzadt.

A sipoly a hallójárat felé vezet, de az összefüggése a hallójárat lumenével nem állapítható meg. H. b. 1/2 m. Vestibularis, facialis ép. Műtétkor az exostosis könnyen levéshez vezetett bizonyult, mögötte nagy gyöngy daganat volt, mely elroncsolta a hallójárat alsó falát s a sipoly e helyre vezetett. Dobhártya és külső halláscsontokat nem talált. Hetek mulva a beteg nyugodtan távozott.

A szerző esete érdekességét abban látja, hogy míg exostosis elég gyakran látunk idült folyamatban levő vagy már lezajlott középfülgyulladás mellett, addig gyöngy daganatot csak nagyritkán.

Alföldy Jenő dr.

A röntgen-tünetek viszonya az egyéb klinikai tünetekhez heveny középfülgyulladásban. Eisminger K. (Mscr. f. Ohrenh. 1932. 66. k.)

A röntgenleletnek főleg a műtési indicatio felállításában van jelentősége, azonban absolut indicatio esetén ez elegendő. Mint relativ tünet igen jól használható már csak azáltal is, hogy pontos képet ad a csecsnylvány pneumatizációs viszonyáról, amelyekről semmiféle más úton meggyőződni nem tudunk. Míg az egyéb klinikai tünetek (láz, fájdalom, otorrhoea stb.) jelentősége a középfülgyulladás előrehaladtával mindinkább fokozódik, addig a pozitív röntgen-tünetek legnagyobb jelentősége éppen a megbetegedés első szakában van. A későbbi röntgennel kimutatható csontelváltozások, ha nem nagy fokúak, kisebb szerepet játszanak a műtési indicatio felállításában. Legfontosabb szerep jut a röntgen-lelet-

*) A mi nomenclaturánk szerint hyperostosis. (A referens.)

nek a mucosus-otitisekben, melyek tudvalevőleg protrahált lefolyásúak s kevés klinikai tünettel járnak, viszont leggyakrabban vezetnek koponyabelső szövődményhez. Ha pozitív bakteriologiai lelet mellett kifejezetten pozitív röntgenleletet kapunk, a műtétet feltétlenül végre kell hajtani. Egyébként a röntgenkép alapján egyedüli műtét indikációt felállítani nem lehet s csupán a többi klinikai tünettel egybevetve értékesíthető.

Germán Tibor dr.

A hypothyreoidizmus a fülgyógyászatban. B. L. Bryant, Cincinnati. (Mschr. f. Ohrenhk. 66. é. 4. f.)

Szerző rámutat, hogy míg az irodalom bőven foglalkozik egyes általános megbetegedések és bizonyos fülbántalmak közötti szoros összefüggéssel, — aránylag kevés munka foglalkozik az endokrin rendszer megbetegedésével és a velük összefüggő fülváltozásokkal. Különösen a pajzsmirigy elégtelen működésével kapcsolatban — természetesen az enyhébb kezdeti stádiumban — figyelhető meg, mennyire elkerüli a szakorvosok figyelmét ezen összefüggés lehetősége. Elfogadott alapszabály ma már, hogy a pajzsmirigy-működés elégtelensége szöveti beszűrődéssel jár és ez a szervezet bármely részén fölléphet, tehát a hallószervben is. A pajzsmirigy működésének, majd a kiesési tüneteknek ismertetése után felhívja a figyelmet arra, hogy a külső fül makacs ekzemája, egyre kiújuló furunculosisa, a bőr száraz korpádása és viszketősége, megmagyarázhatatlan fülzúgás, tartós fülkürt-hurut, sőt az otosklerosis egyes eseteiben is gondolni kell a pajzsmirigy esetleges — még csak igen enyhe, nem tipikus (homlok- vagy tarkótáji makacs főfájások, neuralgiák) tüneteket okozó elégtelenségére, amikor is pajzsmirigy-készítmények adagolásával feltűnő eredményeket lehet épen az ilyen elhúzódó, reménytelennek látszó esetekben elérni. A kezelés irányelvei: 1. Annál kisebb adagokkal kezdeni, minél kifejezettebbek a tünetek. 2. Lassan emelni az adagokat. 3. Az optimalis adagokat egyénileg, gondos, 5—7 naponkénti ellenőrzés (vérnyomás, pulzus, hőmérséklet) mellett kell megállapítani. 4. Hosszú ideig adagolni. — Néhány kórtörténettel teszi szemléltetővé a tüneteket és az elért gyógyeredményeket.

Krepuska István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Tizenhármán a halál ellen. (Nagy orvosok életéből). Irta: Thiel Rudolf, fordította: Nyilas Jenő. (Somló Béla kiadása, Budapest, 1932. Ára: 5.80 P., kötte 7.80 P.)

Ez a könyv a nagyközönségnek íródott, de én orvosi szemmel olvastam és hatványozottan élveztem. Egyike azon könyveknek, amikért az ember munkát halogat és korán fekvővé lesz, mert alig várja azt az órát, mikor maga mögött tudva a napot kinyújtóztat az ágyban, hogy a kis éjjeli lámpa mellett szemlét tartson régi korok, korszakok és emberek felett — mai szemmel, mai értelemmel. — Megható küzdelmek, naiv babonák táruznak elénk mint akkoron világot irányító dogmák; felfedezések, amiket szerintünk ma minden józan orvos magától kitalálna, — és alig tudjuk elhinni, hogy ezek milyen nehezen törtek utat és lettek korszakot alkotók az orvostudományban. Hogy egy Vesaliusnak szinte életét kockáztatva kellett akasztott és felnagyított emberek hulláin tanulva az ember igazi anatómiáját megállapítani; hogy egy kis vézna angol, William Harvey látja meg 1625-ben először, hogy a szív lüktetve préseli a vért az artériákba, miket addig a spiritus animalis vezető légcsoveknek tartottak, . . . pedig hányan láttak előtte is embert és állatot elvérezni! — És mégis csak egy század múlva Hallernek jut eszébe megszámlálni az érverést s felfedni annak jelentőségét, amivel persze távolról sem merült ki ennek a csodálatos polihistornak, költőnek és szervezőnek rengeteg tevékenysége. Sorra vonulnak fel előttünk Auenbrugger a kopogtatás, Laenec, a stetoskop, — Jenner, a himlőoltás feltalálója; — majd a mi Semmelweisünk, kinek sysphusi küzdelme és tragikus sorsa úgylátszik nagyon megihlette íróját, mert hosszan és sok rokonszenven foglalkozik vele. Majd Pettenkofer, aki a higiéné megalapítója és végül az elméleti orvostudományok fejedelme: Virchow, lázadó a kórtanban és politikában egyaránt, Bismarck ellenfele és egyidejűleg a humoropathologia megdöntője s a sejt-kórtan kolossális munkásságú megalapítója zárják be a kissé szeszélyesen összeválogatott sorozatot. Igaz, hogy Priesnitz, a graefenbergi paraszt, Hahnemann és speculatív tévtana és a delejes Messmer helyett szívesebben látnunk volna másokat, de ha elolvassuk a szerző előszavát, melyben eleve tiltakozik tárgyilagos elskatulyázás ellen rang és jelen-

tőség szerint, — akkor az ő válogatását sem kérhetjük annyira számon tőle. Őt csak egy vezette: az eleven nagy egyéniség kimagaslása a hétköznapiból, ami sokszor — épen az orvosi pályán — nagyobb erőt és értéket jelent, mint a pusztán tudás. Alakjait nagy írói képességgel rajzolta meg és midőn vágatva visz bennünket egy-egy hosszú és nagy élet eseményein keresztül, nem téveszti szem elől azt, ami az utókor számára maradandó, avagy annak megszületéséhez lényegesen hozzájárult.

De nincs mit írunk többet e könyvről, amit minden hivatását, tudományát szerető orvosnak úgy is el kell olvasnia, Csak még két elismeréssel tartozunk: a fordítónak kifogástalan magyar és pompásan gördülő nyelvezetért; és a kiadónak a tollkönnyű papíron kitűnő nyomtatásért és a szép műnyomású árcképekért. Úgy tudjuk, a könyvnek már is nagy sikere van.

Vámossy prof.

Die Arbeitsbehandlung. Prof. Hans Alexander und Kurt Alexander, Leipzig. George Thieme. (1932. 44 fényképes ábrával, 100 oldal, karton kötésben. Ára: 5 márka.)

Több évtizeddel ezelőtt már foglalkoztak a tüdőbeteg-szanatoriumokban a betegeknek bizonyos irányú foglalkoztatásával. Helyes irányban indult el ez a törekvés, mert a beteg pszichéjét igyekezett kedvezően befolyásolni, amellyel, hogy állapotában is segíteni vélte a gyógyulást. Azonban ezek a foglalkoztatások legtöbbször hajótörést szenvedtek. A betegek elhagyták, nem kedvelték. Okait nem igen kutatták.

Ezek a törekvések már számolta azzal, hogy a foglalkozás kitűnő módszer lehet arra, hogy a tartósan intézetbe zárt tüdőbeteget unalmakon, gondokon, fájdalmakon, borúsórákon, a tehetetlenség és céltalanság érzetén túlsegítsék. És mégsem váltak integráns részévé a zárt intézeti, a szanatoriumi gyógymódnak.

A munka-therapia nem gyógyító eljárás. Közvetlenül ez a módszer nem a gyógyítás eljárása. De mindenestre alkalmas arra, hogy a beteg kedélyvilágának jókarban tartására, munkaképességének visszaállítására, a szoros vett gyógyeljárások mellett fontos tényező lehessen.

Hogy az utóbbi években, különösen Angliában, Svájcban, Hollandiában és Németországban is a munkatherapia mind nagyobb mértékben alkalmazást nyert intézetekben, egyes u. n. tüdőbetegmunkatelepeken; annak okát abban lehetjük fel, hogy megtalálták azt az okot, amely miatt az előző év tizedek betegfoglalkoztatása nem vezetett célra. Ez az ok pedig az volt, hogy a régebbi foglalkoztatásnak nem látta a beteg a célját. Tehernek és zaklatásnak érezte. Ujabbban azonban ezt felismerve, a betegek foglalkoztatásának gyakorlati és gazdasági irányt szabtak, mely a betegre most már lelki és anyagi hasznót is jelentett. Itt a mai törekvések sikerének titka.

És így átreformálva, a szanatoriumok foglalkoztató tevékenységét, a munka-therapiát igen értékes tényezőnek kell látnunk. Szerzők nagy tapasztalattal és bőven szemléltetve írják meg könyvükben a munka-therapia mibenlétét. Ez irányban könyvük nélkülözhetetlen forrásmunka, mely az alapproblemák világos taglalásán túl részletekben is foglalkozik a kezelési mód céljaival, különféle munkafajták megválasztásával, ennek a foglalkoztatási gyógymódnak a javallataival, bevezetésével, tartalmával, költségeivel, rentabilitásával.

Valósággal programot ad arra nézve, hogy a munka-therapia bevezetésével miként lehet üdvösen átreformálni a szanatoriumok életét, a beteg és az intézmény javára is. Annál értékesebb az, amit a szerzők elmondanak, mert maguk ezzel a rendszerrel évek óta gyűjtött tapasztalatok alapján állítják elénk a gyógyintézetekbe bevezetendő beteg-foglalkoztatás kérdését.

Parassin József dr.

Elektrokardiographie für die ärztliche Praxis. Prof. Erich Boden, Düsseldorf. (T. Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1932. 161 oldal. Ára: 12.— Márka.)

Az elektrokardiographia az utóbbi évek alatt igen értékes segédeszközzé vált a szívdiagnostikának. Ma már a rhythmus és vezetési zavarok analysisén kívül a szívizomzat állapotáról is igen sok és értékes felvilágosítást nyerhetünk az ekg. segítségével. A fertőző betegségek (diphtheria, scarlatina, influenza, typhus stb.), polyarthrit acuta, tbc. kapcsán fellépő szívizomgyulladás, a coronariák keringési zavara okozta szívizom bántalmazottság, a szívinfarctus diagnosisa gyakran az ekg. segítségével biztosítható.

A gyakorló orvosok részére írott munka 14 előadás keretében tárgyalja igen jól érthető, eleven stílusban a gyakorlatban fontos fogalmakat. A szív anatómiája, élettana,

az actiós áram, a felvételek készítése, a typusos és atypusos elektrokardiogrammok rövid tárgyalása után az arhythmia és vezetési zavarok gyakorlatilag fontos formáit, végül a szívizomzat kóros változásaira jellemző felvételek analysisét adja. Az igen jól sikerült felvételeket esetek kapcsán szemléltető módon tárgyalja; rövid anamnesissel, statussal, prognosissal, terápiával egészíti ki a theoretikus magyarázatokat.

91. részben színes, ábra egészíti ki a szöveget. A felvételek tökéletes reproductióit a melléjük rajzolt egészen újszerű sematikus szívabrákkal, illetve a görbék graphikus analysisével teszi igen könnyen érthetővé.

A gyakorlóorvosnak e könyv nagyon meg fogja könnyíteni az ekg. leletek értékelését és kedvet fog adni ahhoz, hogy ezt a gyakorlatban eddig aránylag ritkán alkalmazott vizsgáló eljárást diagnosztikának kiegészítése és biztossá tétele céljából gyakrabban felhasználja. Szakemberek is szívesen fogják lapozgatni ezt az igazán szép és értékes könyvet.

Fernbach József dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 18-i ülése.

Bemutatók:

Jeney L. és Lőrinc F.: Idült mandulagyulladás kapcsán észlelt myiasis esete. (Film bemutatás.) Jeney 15 éves leány manduláit idült mandulagyulladás miatt távolította el. A kivett mandulában eleven légylárvát talált, mely a betegnek semmi kellemetlenséget sem okozott. A beteg valószínűleg légyálcával szennyezett eltett húst fogyasztott s másodlagosan fertőzte manduláját. Erről készített mozgóképfelvételeket mutat be. Lőrinc parasitológiai szempontból ismerteti az esetet. Észlelt esetükben a lárvát a cephalopharynx, az elülső és a hátsó légzőnyílások alapján a semispecifikus myiasist okozó legyek közül a Calliphora genusba (kék dongó-, dög legyek) sorozta.

Milkó V.: Avertinnarkosissal kezelt és gyógyult tetanus esete. Teljes terjedelmében közöljük.

Klimkó D.: A II. sebészeti klinikán 3 esetben adtak tetanus esetében avertint. 1 beteg gyógyult, 2 meghalt. Tetanus esetében a rekesz és a légzőizmok görcse peripheriás légzési akadályt teremt, az avertinnek pedig magasabb adagjai a légzőcentrum bénításával fenyegetnek, ha a két hatás együtt jelentkezik, bizonyos, hogy a tetanusos rekesz és légzőizm görcsben elpusztul a beteg. A kis adagok mellett ez a veszély nem fenyeget, így bizonyos esetekben kétségtelenül nyereség az avertin.

Dick E.: A III. sebészeti klinikán észlelt avertinnel kezelt tetanusos esetet ismerteti a kedvező tapasztalatok megerősítésére.

Milkó V.: Klimkó-val egyetért abban, hogy az antitoxin-kezelés a tetanus terápiában a legfontosabb, bár az esetek túlnyomó részében már elkéstünk a specifikus terápiával. Természetes, hogy ott ahol súlyos légzési zavarok mutatkoznak, vagy ahol a beteg az avertinre nem jól reagál, tartózkodnunk kell az adagok erős fokozásától. Gyermek a szeriási adagjait is bámulatatosan jól tűrik.

Előadások:

1. Künsztler M.: A rosszul koncentráló epehólyag diagnosztikája és terápiája. A rosszul koncentráló epehólyag a cholecystitisnek jellegzetes tünete. A cholecystographiában egyáltalában nem, vagy pedig halványan telődő epehólyagok legnagyobb része ebbe a csoportba tartozik (functionlisan kirekesztett epehólyagoktól eltekintve). Intraduodenalis terápiával csak kis fokban sikerül a romlott duodenális képességet javítani, mégis compenzálódik a koncentrációs folyamata. A betegek practice meggyógyulnak.

Rósa L.: A duodenalis sondával nyert pathológiás epe alacsony bilirubinconcentrációja nem vezethető az epehólyag csökkent koncentráló képességére, mint kizárólagos okra vissza, hanem tekintettek kell lenni a májlaesióra, mely szintén lényegesen befolyásolja az elválasztott epe koncentrációját. A laedált májműködés ismérveként elsőnek mutatta ki a konyhasz-az-retentiót. Valószínűleg a májszövet az, amely a konyhasót felraktározza. A terápiás eredmények a máj dehydrációjával és dechloruraációjával függenek össze.

Friedrich L.: Az epehólyag koncentrációs képessége szorosan összefügg annak funkciójával. Oly bonyolult folyamatokkal állunk szemben, melyek megítélése emberben igen

nehéz. Csak a cholecystographia és duodenalis sonda együttes alkalmazása adhat, de nem mindig, feleletet. Gyakran a májfuntió zavara az oka az epehólyag rossz felszívódási képességének. Az u. n. ikterus cath. hepatitis s nem az epeutak motilitási zavara okozza, hogy nem kapunk B. epét. A cholecystographiás kép s a duodenalis sondával kapott epefractiók nem mindig haladnak párhuzamosan, ennek oka szintén az epehólyaggal disszociált működése.

Künsztler M.: Az epehólyag nemcsak a bilirubint, hanem a sót, epesavat, cholesterint sűríti be. A rossz concentratio nem körkép, hanem coordinált tünet a spasmusok és a rossz motilitás mellett. Az ikterus cat. nem tisztán parenchymás májlaesio. Bizonyítja az, hogy a sondával bármikor sűrű koncentrált májepe bő elválasztása indítható meg, továbbá, hogy a máj a Bergmann-féle próbával az intravenásan bevett bilirubint a normalisnál gyorsabban választja ki.

2. Ehrenfeld H.: Correctiós mammaplastikák. Kézirat nem érkezett be.

Erczy: Ismerteti a mirigyszövet és a bimbó vérrrel történő ellátását az A. axialis és az A. mammaria int. útján. Ha mamma-műtétekkor csak a mirigy lateralis részét metszik ki, a bimbó nem hal el.

vitéz Borsos L.: Az emlőplastikát az I. sebészeti klinika nagy anyaga alapján még jó technikájú sebész által is nagy beavatkozásnak tartja s mindkét oldal egyidejű elvégzését a nagy mellkasi műtői terület miatt a pneumonia szempontjából aggályosnak véli. A bimbó elhalására is felhívja a figyelmet, ami még kocsányos átültetésekkel is létrejöhet visszérögösödés kapcsán. Az emlő nagysága, petyhüdsége s a bimbódvar viszonyai szabják meg a teendőt és a kiválasztott műtétet, mely az u. n. gomblyuk eljárásban, vagy a módosított Lexer-Kraske-féle kocsányos bimbóátültetésben állhat.

Tóth I.: Emlőplastikát nem csinált s ezért annak technikájához nem is szólhat hozzá, de mint nőorvos, ki a női psychét ismeri, aki éppen az emlő deformitásait gyakrabban látja, az indicatio s orvosethikai szempontból kíván hozzászólni. Túlnőtt megnagyobbodott, vagy lelógó emlő nem egyszer rendkívül súlyosan zavarja a nő lelki világát, sőt szerencsétlenné teszi. Tessék gondolni az olyan nagymelű nőre, aki után a város népe az utcán megfordul, vagy arra a fiatal leányra, aki emiatt a falu csúfjának érzi magát. Ilyen esetekben, vagy ha az a lógó emlő testi szenvedéssel is jár, jogosult az emlőplastica. De apró női hiúsodásból olyan műtétet végezni, ami — mint hallottuk 10% thrombosissal, talán nem egyszer exitussal jár s amelynek következtében nem ritka a tüdőgyulladás sem, — ilyen súlyos műtétnek a végzése nem felel meg az orvosi etikának.

Ehrenfeld H.: Az I. sebészeti klinikának adataiból az világlik ki, hogy 127 műtét esetében 8% volt a nekrosis, ami kevés ugyan, de oly eljárást, mely kiteszi a beteget súlyos deformációnak, nem szabad végezni.

A Charité Poliklinika orvosi karának október 26-i ülése.

Gál H.: Emlővérzés esete a climaxban. 53 éves, négy év óta climaxban levő nőbeteg mutat be, aki hét hónap előtt azzal a panasszal jelentkezett, hogy három hét óta a jobb emlőből spontán és természetesen nyomásra is 6—8 cseppnyi vöröses-barna váladék ürül. A panaszolt emlő a vizsgálatkor teljesen normalis, a beteg korának megfelelően mirigyes tapintatot mutat, a másik emlőnél nem nagyobb, érintésre nem fájdalmas, benne sehol göb nem tapintható. A frissen kisajtott váladék göröcsövi vizsgálata versejteket, zsírcseppeket és cholesterint mutat. A beteget azóta figyeli és most arról referál, hogy az alig pár nap előtt megejtett vizsgálatkor a panaszolt emlőből már csak nyomásra lehet egy-két csepp váladékot kipereselni. Spontán szivárgás nincs. Az emlő most is teljesen normalis mirigyes tapintatúnak érezhető, göbös, vagy egyéb szöveti elváltozás nem tapintható. Az eset kapcsán összefoglalóan ismerteti az emlővérzések aetiologiáját és terápiáját. Hangsúlyozza, hogy ily panaszokra feltétlenül nagy figyelmet kell fordítani, mert ha daganat mellett lép fel emlővérzés, akkor minden esetben a göb eltávolítása, rosszindulatúság esetén pedig természetesen az emlő azonnali eltávolítása szükséges. Tapintható elváltozás nélküli vérzésekkor az eset rendszeres observálása a fontos, hogy ha netén mégis göb fejlődne, idejekorán ajánlhassuk az operatív beavatkozást. Carcinophobiás nyugtalan betegen célszerű röntgen, vagy rádium kezeléssel

az állandó izgató vérzést megszüntetni. Itt is fontos azonban az esetnek további szemelőttartása. Végül említi, hogy sokan pathognostikus szempontból a tapintható elváltozás nélküli elővérzések esetében is az emlő eltávolítását végezték. Ezen esetekben végzett hystologiai vizsgálatok többször a finom tejutak cysticus elváltozását, az ujabban u. n. mastopathia chronica cysticának megfelelő képét mutatják.

Előadás:

Balassa L.: Az encephalitis lethargica abortív alakjai. Az *Economo* által leírt „classikus” megbetegedések ritkábbak lesznek és az újabb járványoknál elmosódó kezdetű, vagy pedig enyhe monosimptomás alakok mutatkoznak. Beszámol esetek ismertetése kapcsán arról, hogy ez év májusában enyhe encephalitis járvány volt, amelyben a betegség tünete acutan kezdődő oculomotorius bénulás volt, vagy pedig herpes zoster abducens bénulással.

Török P.: Lázbetegség laboratoriumi diagnostikája. Két hétnél tovább tartó, nehezen differentálható és homályos aetiologiájú lázas megbetegedések sistematikus laboratoriumi vizsgálatairól beszél, melyeknek kiválasztását és keresztül vitelét statisztikai megfontolások kell, hogy irányítsák. Casuistikával illusztrálja.

Lénárd V.: Rámutat a régebbi időben szerzett immunitás következtében fennálló pozitív agglutinációs reakciókra, melyek újabb esetleg egészen más természetű, fertőzés által újból kifejezettek lesznek és így esetleg félrevezetnek.

Koppenstein E.: Felhívja a figyelmet a chronikusan lezajló u. n. banális pneumoniákra, melyek gyakran a tuberculosishoz teljesen hasonló röntgenképet adnak.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának október 24-i ülése.

Bemutatások:

Richter H. és Erős G.: Agyalapi aneurysma esete. 56 éves nőbeteg, hosszabb idő óta fennálló megmagyarázhatatlan gyomorpanaszok. Másfél év óta főfájások és fokozatos látásromlás. Szemfenéki vizsgálat atrophia n. optici képét mutatja. A liquorban ++ Pándy, gyengén pozitív Nonne-Apelt, normalis sejtszám, Wassermann r. a vérben és liquorban negatív. Pupillák jól reagálnak, jobb szemén ptosis. Fokozott inreflexek, főleg baloldalt. Babinsky—Oppenheim mindkét lábon pozitív. A sella Röntgen-képe normalis. A beteg időnként zavart, nyugtalan, térben és időben tájékozatlan; nyugodt állapotban is bizarr viselkedést tanúsít, élcélődik, megjegyzőképpessége minimális. Kórházi tartózkodása alatt a hasüreg diffus carcinomatosisa fejlődik ki nagy ascitissal. Halála előtt teljes baloldali hemiparesis fejlődik ki, valamint a jobboldali oculomotorius teljes hűdése. Az agyi tünetek suprasellaris daganatra utaltak, melyet a hasüregi rákra tekintettel rákos metastasissal kellett tartanunk. A boncolás a gyomor falában lapszerűen kiterjedő cirrhosis rákos beszűrődést és a hashártya diffus carcinomatosisát állapította meg, ellenben az agyalon a sella előtt kidomborodó és a homloklebe nybe nyomuló féldínyi daganat a jobb art. carotis int. aneurysmájának bizonyult, amely összenyomta a látóidegeket, a chiasmát és a jobb n. oculomotoriust. Az aneurysma nem rupturált, a halált néhány nappal megelőző baloldali hűdés egy friss lágyulást következmenye, amely az eldugult carotisból kiszabadult embolus által idéztetett elő. Az agyalapi erek aneurysmái csak a legkritikábban fejlődnek lueses alapon, hanem mint jelen esetben is, arteriosclerosis, továbbá az érfal veleszületett gyengesége, trauma, végül ritkábban fertőző betegségek játszanak szerepet. Az elülső agyalapi erek aneurysmái rendszeren a látóidegek egyszerű sorvadását okozzák, míg a hátsó koponyaüregebeli aneurysmák néha pangásos papillát idéznek elő. Gyakori tünete az elülső erek aneurysmájának egyes szemmozgató idegek bénulása, főként az oculomotoriust.

Schaffer K.: A valódi és a lueses sklerosis lateralis amyotrophica egy-egy esete. Különbséget tesz klinikailag az amyotrophias lateralsklerosis exogen és endogen formája között két bemutatott eset kapcsán. Az endogen eset aetiologiájában semmi külső káros behatás nem mutatható ki, a tipikus korban, a 40-es években jelentkezett előrehaladó izomgyengüléssel jelzett izomsorvadással és az inreflexeknek felülnő élénkségével (főleg a triceps részéről); két év óta fel-tartóztatathatatlansul súlyosbodik. — Az exogen esetben syphilis szerepelt, mely a központi idegrendszerben történetes

localisatiojánál fogva reflexélénkséggel párosult kifejezett izomsorvadásokra vezetett. A 8 év előtti infectióból származó bántalom 7 év előtt indult meg, de az utolsó 1½ év alatt nem súlyosbodott. Ezek alapján skler. lat. amyotr.-nak pathogenesis dolgában két különböző alakját kell megkülönböztetni, amit a két alak teljesen különböző kórszövevénye is igazol.

Előadás:

Zsakó I. és Jó J.: A testi elfajulásos stygmák. Az angyalföldi elme- és ideggyógyintézet beteganyagából és az intézeti múzeumi anyagból fényképfelvételeket, röntgenképeket, csatládfákat, másolatokat és egy bonctani készítményt mutatnak be, amelyeken degenerációs stygmákat demonstráltak. A bemutatott anyagban főként poly- és hypodaktylia, daktylo- és onychogryposis, hypertrychosis szerepeltek. Utána az elfajulás tanának történetét és mai állását vázolták. Hangsúlyozták, hogy ezen a kutatási területen sok ismeretlennel kell dolgozni, mert az elfajulás, az öröklés, az alkati, a egyes típusok fogalmai egyelőre tudományos exactsággal meghatározva nincsenek és mert a szervek és a szervezet alkalmazkodási szélességét nem ismerjük pontosabban. A biológiai változatok határa az elfajulásos állapotokkal és folyamatokkal összefolyik. *Birnbaum* meghatározásából indulnak ki, aki szerint az elfajulás a fajnak örökléses kedvetzőlten változata. A biológiai értékcsökkenés nyilvánulási módzatainak sokaságából érthető, hogy az elfajulásnak milyen sok válfaja van. A régi irányok a figyelmet főként a durva elváltozásokra hívták fel, amivel kapcsolatban sokszor socialis- és kulturalis variációkat, továbbá ontogenetikus elváltozásokat (alkohol lues, stb.) is elfajulásnak minősítettek. Csak később keresték a finomabb elfajulási folyamatokat és működéseket, melyeket élettani, lelki vagy belső stygmáknak neveztek el. Ilyenek az ösztönferdeségek, érzelmi anomáliák, az egyes szervekre kiterjedő gatlások vagy megállapodások és az egész egyénre kiterjedő infantilismus. A különböző kóros constitutio, a pathológiás, illetőleg a degenerációs típusok, amelyeket egész szervrendszerek minősége, vagy a szervezet összhányomása szerint állítottak fel, egyelőre nem tartoznak az elfajulások közé. A degenerációs jelek a kórjósolat és a prophylaxis szempontjából jól értékelhetők, a diagnózisra azonban nagy jelentőséggel nem bírnak. A testi elfajulásos stygmák napról napra az orvosi tapasztalás tárgyát képezik és azért ezekkel tudományosan is kell foglalkozni. Előadók úgy hiszik, hogy az egyes constitúciós típusoknál a bizonyos irányú degenerációra hajlam többé vagy kevésbé megvan és bizonyos degenerációs stygmák keletkezésére bizonyos constitutionalis típusok sokkal inkább vagy talán kizárólag is hajlamosak.

Magyar Röntgentársaság november 2-i ülése.

Bemutatások:

Leichner Zs.: Humerus sarkoma ritkább esete. A bemutatott humerus sarkomát Rtg-negatív stadiumától a típusos sarkomaképféjlesztéséig sikerült megfigyelnie. Hangsúlyozza, hogy nagy csontfájdalmakban nem típusos, vagy negatív röntgen-lelet mellett is primaer csonttumor lehetőségével erősen számolni kell.

Polgár F.: Az eset egy nehezen diagnosztizálható osteogen sarkoma volt, ami mellett szólt a biológiai reakciója, a sugárérzékenység hiánya. Hiányzott az expansív növekedés tünete. Nagyon fontos tünetnek tartja a fájdalmat, mely rendszerint megelőzi a többi tünetet.

2. Winkler K.: Gauchet-betegséggel kapcsolatos csont-elváltozás. Ismerteti a kórházban diagnosztizált Gauchet-kór esetét, hol a csontelváltozások röntgenvizsgálat derítette ki. Demonstrálja az élőről készült medence-felvételt, majd a seciós leleteket és a kórszövevényi metszetet. A betegség klinikai, kórbonctani és hystologiai ismertetése után részletesebben kifejti a röntgennel észlelhető csontelváltozásokat. A csontconturok élesek, a corticalis erősen elvékonyodik, de sohasem szakad meg. A spongiosa structurája durván felrostdódik, benne condensebb területek váltakoznak körülírt cystosus üregekkel. Több esetben észlelték a femur diaphysis distalis harmadának palacknyakszerű deformitását. Spontan fracturák, compressiók, gibbusok gyakoriak. Leggyakoribb csontlocalizatio a femur, humerus, gerincoszlop, sternum, medence. Az észlelt esetben a csontelváltozások a combjnyak-trochanter és kisebb mértékben az os pubisokra localizálódtak.

Holitsch R.: A rendszer-megbetegedésekben mind gyakrabban mutatnak ki csontelváltozásokat is, p. egy bemutatott

esetében lymphogarnulomatosisban hasonló elváltozásokat láttak a medence csontjain.

3. Holitsch R.: Röntgenbesugárzásra egyelőre gyógyult tüdődaganatok. Alapos klinikai vizsgálat és a jellemző röntgenkép alapján tüdődaganatoknak körjelzett két esetről számolt be, amelyeket röntgennel besugárzott. Sorozatos röntgenfelvételekkel szemlélteti a daganatnak fokozatos megkisebbedését, illetőleg eltűnését. Az egyik másfél év óta, a másik két éve tünetmentes. El nem dönthető, vajjon carcinoma vagy sarkoma volt-e a daganat. Tizenhat hasonló módon röntgennel besugárzott tüdődaganatos betege közül ez a kettő gyógyultnak látszik, a többi csak ideiglenesen vagy éppen semmit sem javult.

Weisz Á.: Az eseteket nem tartja rosszindulatú tumoroknak, hanem más természetű megbetegedéseknek, pneumóniának stb.

Vidor J.: A múlt évi előadásában rámutatott arra, hogy milyen nehéz, sőt néha lehetetlen a primaer tüdődaganatok differential diagnózisát. A bemutatott esetet a besugárzás alapján nem tartja tumornak, hanem gyulladásos megbetegedésnek.

Haas L.: Hasonló esetekről számolt be, melyek besugárzás nélkül javultak, tehát nem voltak daganatok. Bemutatja egy eset felvételeit, ahol 3 éves gyermek sarkomás veséjének eltávolítása után a localis recidivák besugárzásra eltűntek, majd mindkét tüdőben rendkívül sok metastasis jelentkezett. Röntgenbesugárzásra utóbbiak teljesen eltűntek, a dyspnoe megszűnt. Később másutt fellépett metastasisok egy része besugárzásra nem reagált, a gyermek meghalt. Rosszindulatú tüdőtumor is eltűnhet röntgenbesugárzásra.

Révész V.: Kifejti, hogy határozottan állást kell foglalunk azon beállítás ellen, hogy röntgenre reagáló tüdőbeli elváltozások nem lehetnek rosszindulatú tumorok. Számos esetet ismer saját gyakorlatából is, ahol biztosan rosszindulatú daganat röntgenre egészen, vagy időlegesen eltűnt. Említi egy középkorú nő esetét, ahol a jobb tüdőben, pleurán, hilusban és medianstinumban localizált daganat besugárzásra eltűnt, recidiva újabb besugárzásra eltűnt, később a másik tüdőben fellépett szabályos, kerek, zölddiónyi metastasis, besugárzásra szintén meggyógyult, a patiens ma is él és jól van.

Holitsch R.: Teljesen egyetért Révészszel. Elítélendőnek tartja, hogy maguk a röntgenológusok helyezkedjenek arra az álláspontra, hogy a besugárzásra javult elváltozás nem lehet rosszindulatú tumor, ami ellenkezik is a tapasztalatokkal.

4. Bársony T. és Kappenstein R.: A gerincoszlop cervicodorsalis részének sagittalis felvételéről. Az alsó nyaki és felső hátsóigolyák a sagittalis felvételen gyakran nehezen analizálható képet adnak. A bemutatott caudo-cranialis sugárirányú cervicodorsalis betekintő felvételek tisztán ábrázolják sagittalis a csigolyatesteket és a csigolyaközi réseket.

Előadás:

Kovács E.: Vizsgálatok a gyomor muscularis mucosae-járól. A gyomorbéltractus nyálkahártya önálló mozgása, redőképződése *Elischer* felfedezése nyomán a *Forssel* és követői által kidolgozott röntgen-relief vizsgálatokkal nagy figyelemmel részesült. A redők kialakulása a muscularis mucosae működéséhez van kötve. Előadó boncolási és resectioi anyag (Fischer prof.) vizsgálta a muscularis mucosae izom- és rugalmasrost elemeinek elváltozásait. Redőkben vastagabb a muscularis mucosae izomzata a contractio miatt, a rugalmasrost hálózata is szősebb, de lazább. A redők kialakulásában a dús elastikus réteg is szerepet játszik, helyüket rendszeren praeformálja. A gyomorszáj szűkületében (ulcus, daganat, spasmus) a muscularis mucosae, hasonlóan a fal izomzatához, hypertrophizál, ilyenkor az elastikus réteg is szélesebb lesz. Hasonló megvastagodást mutat a bélfal muscularis mucosaeja is szűkületek előtti szakaszon, de az elastikus hálózata itt szegényes. Gastritisekben igen gyakran találni muscularis mucosae-megvastagodást. Jellemző elváltozás súlyosabb folyamatokban e réteg fellazulása, felrostozódása, gömbsejtes beszűrődése. A rugalmas rosthálózat jobban ellenáll, mint az izomelemek. Idült gastritisekben a nyálkahártyában képződött nyirokfoliculások a muscularis mucosae elastikus rétegét elvékonyítják. A submucosa megvastagodása mintegy letapasztja a muscularis mucosae-t. Ezen körülmények folytán csak széles, vastag redők képződhetnek, vagy elsimulnak a redők, ami a röntgenképen daganatos beszűrődés gyanúját keltheti. Gyulladásokban a muscularis mucosae bizonyos fokig határt szab a lob terjedésének.

A Szegei Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 27-i ülése.

Előadás:

I. Kassay D.: Újabb tapasztalatok mandulaeltávolító és varró műszeremmel. 252 műtétről számolt be, melyeket e célra készített műszerével végzett.

Erdélyi J.: A műszerrel végzendő műtétek indiciójához szól hozzá. A műszer lényegében *Slouder* készülék, így a indiciói *Slouder* műszerével azonosak, azaz alkalmazható mindazon esetben, ahol a mandula jól luxálható. Kicsiny, heges, benőtt, rejtett vagy szakadékonny mandula esetén, valamint minden oly esetben, hol valamely következményes megbetegedés (nephritis, polyarthritis, endocarditis stb.) miatt kell a mandulákat eltávolítanunk, amikor nem bízhatjuk egy műszerre a mandula tökéletes eltávolítását, a műteti eljárás továbbra is a sebészi kihámozás, a tonsillektomia marad.

Treer J.: Az aspiratio veszélye miatt a műszer használatában megfontolást ajánl.

Falta L.: Tampon bevarrásnál is leírtak már exitussal végződő aspiratiót, már pedig a tampon kétségtelenül nagyobb és nehezebben aspirálható, mint az előadó által alkalmazott kis kapcsok.

Kassay D.: Indicatio megállapítását csak annyiban tartja lényegesnek, hogy el lehet-e távolítani a műszerrel a mandulát, vagy nem. Ezt pedig a műtét előtt már látni lehet. Megemlíti két sepsis esetét, hol a 2—3. naptól kezdve a beteg láztalan lett, amit jellemzőnek tart arra, hogy az egész szervezetre kiterjedő tonsillaris megbetegedéskor el lehet végezni e műszerrel eredményesen a műtétet. Nyálkahártya a tonsillával nem távozik el, de ha 1—2 mm távozna is el, nyálkahártyával borított sebnél nem is fontos. Tapasztalata szerint meg lehet határozni az eltávolított tonsilla vizsgálatával, hogy az teljes egészében távolítottuk-e el. Az aspiratiótól nem fél, mert a nyelés feltétlenül nagyobb erővel viszi le a meglazult kapcsokat, mint a légzés. A műszer használhatóságát a gyakorlat fogja megmutatni és a bírálat csak a műszer kipróbálása után jogosult.

II. Trojan E.: Újabb érzéstelenítő szerekkel nyert tapasztalatok. A szegei sebészeti klinikán az avertint csak basis narkoticumnak használják. 0.08 g testsúlykilogramra számított alap, amelyhez helyiérzéstelenítést, vagy aether altatást használnak. Az avertin altatás szövödményei ellen biztos szer a coramin. Helyi érzéstelenítésre, mint jó felületi érzéstelenítő szert a percaint használják *Vidakovits* professor utasítása szerint. Félzsálaékos novocaint és félezrelékes percaint kevernek össze egyenlő mennyiségben. Avertin és pernocton kezeléstől jó eredményt láttak tetanusos betegekben. A scopolamin-eucodal-ephedrin altatással nem kísérleteztek.

Genersich A.: Három év óta használja a scopolamin-eucodal-ephedrin narkosist. Ennek az az előnye, hogy a beteget a psychikus izgalmtól megkíméli, a parenchymás szervekre mérgező hatása nincs a narkosisban a betegek mélyen alusznak, fájdalomérzés szűnetel és a vegetatív reflexek még sincsenek teljesen kikapcsolva. Több száz scopolamin narkosist végzett minden kellemetlen mellékhatás nélkül, sem asphixia, sem szívbénulás nem fordult elő.

Trojan E.: Az avertin basis narkoticum meghatározott esetekben kitűnő szolgálatot tesz. Különösen a gyermek-sebészetben nélkülözhetetlen, mert aki látta a szájon át altatott beteg halálfélelmét, ellentétben az avertintól nyugodtan elalvó betegétől, önkéntelenül is az avertin pártjára áll. *Genersich* nagyszámú jó eredménye scopolamin-ephedrin altatással minden esetre felbátorító arra, hogy a szerrel kísérletezzünk.

November 3-i ülés.

Előadás:

I. Ernyey I.: Újabb törekvések a gégegümőkör pathológiájában és terapiájában. A szegei városi tüdőbeteg gondozó intézetnek 2000 gümőkóros betegén végzett megfigyelési szerint a gége a *Ranke*-féle secundaer és tertiaer stadiumban betegedik meg és pedig a secundaer stadiumban főképpen haematogen disseminatio, a tertiaer stadiumban intracanicularis contact-fertőzés útján. A folyamat lényegét a régi morfológiai elnevezések nem adják meg kellőképpen, ezért szükséges az immunbiológiai eredményeknek segítségül hívása, hogy ily módon qualitativ diagnoszhoz is jussunk. Evégből és a követendő therapia szempontjából minden esetben el

kell végeznünk az általános és localis részletes vizsgálat mellett a specificus (a bőr allergiás reakciója) és nem specificus (vérkép, vérsejtszűnyedés, diazo- és urochromogen-reakciók) biológiai reakciókat. A gége specificus folyamata egyes megjelenési alakjainak megjelölésére ma Rickmann beosztását tartja lemegfelelőbbnek, mert e beosztás keretei közé valamennyi megjelenési alak jó beilleszthető. Therapeutice általános irányelv az, hogy a localis és általános kezelési eljárásokban alkalmazott inger minőségét és mennyiségét a szervezet mindenkor immunállapotához kell szabnunk.

Treer J.: A gégetuberculosis a szervezet negatív allergiás tünetének kell tekinteni, melyben kerülendők a radicalis localis és általános beavatkozások és lehetőleg a conservativ, nem specifikus általános és helyi beavatkozásokat válasszuk, hogy a szervezet ellenálló képességét sem általános-ságban, sem részletekben ne csökkentsük.

II. Szentkirályi Zs.: A *Similium Columbaczense invasio* 1932-ben. Ismerteti a similium kérdés fontosságát Magyarországra vonatkozólag és Magyarország viszonyait. Leírja az insectat és fejlődési alakjait. Ismerteti az 1925-ös invasiót és összehasonlítja az 1932. évben lefolytattal, melynek érdekessége az, hogy ebben az évben Magyarországra is elkerültek az egyes *Similium Columb* fajok. Leírja az emberen észlelhető bőrelváltozásokat.

Sebess G.: Az elterjedésre vonatkozólag megjegyzi, hogy Oroson, Bakonyban, Balatonfüreden talált lárvákat, ami az autochton eredetet bizonyítja. Az odaterjedés a hegyvidék segítségével és az alföldi vadvizek lecsapolásával elért víz sebesség növelésével hozható kapcsolatba.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Királyi Orvosegyesület elnökségének felhívása tagjaihoz. Az Orvosegyesület, mely országunk legrégebb tudományos egyesülete, — idestova megünnepli százéves fennállását — nyomasztó anyagi viszonyok között van, mivel a tagsági díjak nem folynak be rendesen. Az egyesület vezetősége levélben is felkereste a hátralékosokat, hogy kötelezettségüknek tegyenek eleget. Az orvosok mai nehéz helyzetében szeretnők a peres utat elkerülni. Ezúton is ismételt felkérjük ezért a tagokat, fizessék meg hátralékos tagdíjaikat, akár részletekben is.

Másrészt felkérjük tagjainkat arra, hogy aki megteheti, lépjen be az alapító tagok sorába, aminek minimuma egyszersmindenkorra fizetendő 240 pengő, ami mentesíti a további évi tagdíjfizetés alól, ez pedig az alapító tagsági díj 10%-át teszi ki, tehát elég jó tőkebefektetés.

Ha sikerül 40—50 új alapító tagot szereznünk, úgy a nyomasztó adóságok jórésze kifizethető volna és a tagdíjakat újból a könyvtár pótlására fordíthatnók.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület december 2.-iki ülésének előzetes napirendje. **Bemutatók:** 1. *Burger Károly:* Tobozmirigy kivonatokkal végzett vizsgálatok és terapiás lehetőségek. 2. *Nagy György:* Méhrepedés cervicalis császár-metszés után. **Előadások:** 1. *Csapó József és Kerpel-Fronius Ödön:* Az uraemiáról. 2. *Okolicsányi-Kúthy Dezső:* A Karion apológiája és szerepe a tuberculosis klinikájában 8 év ta-

pasztalatai alapján. Ezen napirend előzetes tájékozással szolgál és változást szenvedhet.

A Magyar Urológiai Társaság. november hó 28-án délután 1/2 7 órakor az I. számú női klinika tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: *Frigyessi József:* A női hólyag záróizmának elégtelen működése és annak gyógyítása.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete november 30-i ülésének tárgysorozata: **Bemutatók:** *Hrabovszky Zoltán:* 1. Perabrodil új contrastanyag kiválasztásos urographiához. 2. Trochoskop sugárvédelemmel. **Előadás:** *O. Strauss* főmérnök Bécsből (mint vendég): Mekapion integráló dosimeter és alkalmazása.

A Magyar Szemorvostársaság november 26.-án a II. sz. egyetemi szemklinikán délután 6 órakor tartandó tudományos ülésének tárgysorozata: **Bemutatók:** *Schulek Alfréd:* a) Abscessus multiplex corneae. b) Tuberculosis corneae. *Tóth Zoltán:* A könnypont és könnycsővecs vizsgálata réses lámpa segítségével. *Liebermann Leó:* Kombinált excisió, vagy tarsoplastica? **Előadások:** *Brana János:* Nagyfokú rövidlátók degeneratív stigmáiról. (A múlt ülésről elmaradt.) *Majoros János:* Hypophysis-hormon készítmény a helybeli érzéstele-nítésben. (A múlt ülésről elmaradt.) *Mészáros Károly:* (I. belklinika.) és *Tóth Zoltán:* (II szemklinika). Glaukomás betegek peripheriás érrendszeréről.

Az Orvosi Nagyhét jegyzőkönyvét, mely a tartott előadások, bemutatások és hozzászólások kivonatait tartalmazza, tavalyi alakban és kivitelben, de sokkal nagyobb terjedelemben minden előfizetőknek díjtalanul megküldjük, Nagy terjedelme miatt kénytelenek voltunk két kötetre osztani és azt egymásután megjelenő számunkhoz mellékeljük. Az első részt a dec. 3.-iki 48, a második részt pedig a következő 49. számunkhoz csatoljuk mellékletként, melyhez a két kötetet befogadó boríték is csatolva lesz.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen november hó 19-én: *Keller Dezső, Lendvai József Ferenc, Meisner László, Podhradszky Lajos Endre Pál, Winternitz Sándor Ottó.* Üdvözljük az új Kartársakat!

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN

A „Bayer—Meister Lucius” I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft, Leverkusen a. Rh. közli, hogy a *Padutin* nevű készítményének az árát lényegesen leszállította.

Doboz 5 drb. 1 ccm-es ampullával gyógyszer. elad. ár P 7.40
Doboz 50 drb. 1 ccm-es ampullával gyógyszer. elad. ár P 48.30

A peroralis alkalmazásra szolgáló oldat (üveg 10 ccm-rel), mely eddig 1 ccm-ben 3 biológiai egységet tartalmazott, ezen-tül ccm-ként 7 biológiai egységgel P 14.60 gyógyszerári el-adási árban kerül forgalomba.

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Ovakliman-ról* szóló prospektusát mellékeljük.

ORVOSI MŰSZEREK,

KÓRHÁZI ÉS LABORATÓRIUMI ESZKÖZÖK GYÁRA
Letelepedő orvosoknak jutanyus arban szállit
WESZELY ISTVÁN és TÁRSA utoda
NAGY KÁROLY FRIGYES, BUDAPEST, IV.. APPONYI-TÉR 1.

TABLETTAE FERRI PROTOXALATI Dr. DEÉR SINE ET CUM ARSENO

1 szem Pilulae Blaudi = 24 mg Fe
1 " " ferratae = 19 mg Fe
1 " **DEÉR-tabletta** = **31 mg Fe!**

A vasat mint gyorsan felszívódó ferrooxala-tot, az arsent a legracionalisabb formában tartalmazza. Adagolása kényelmes. Zavaró melléktünetek hiányzanak.

SZT. GELLÉRT

GYÓGYFÜRDŐ ÉS SZÁLLÓ BUDAPEST.

A fürdőt 47 C°-os rádiumdús, földes-meszes hőforrások táplálják.

A fürdővel közvetlen kapcsolatban van a **SZT. GELLÉRT SZÁLLÓ** mely tökéletes berendezésével, gyönyörű nagyméretű társashelyiségeivel, télikertjével és saját parkjával betegek és lábadozók részére kiválóan alkalmas. Diétás konyha klin. képzett vezetével.

A tökéletesen felszerelt gyógyintézet osztályai: Iszaposztály, Hőlég-osztály. Vizgyógyintézet és napfürdő. Villanyozó-osztály és mester-séges napfényfürdő (kékfény). Gépgyógyászat (Zander) és svéd-torna. Inhalatórium és pneumatikus kamra. Kémiai és bakterio-lógiai laboratórium. Röntgenlaboratórium. Szénsavas-, sós- és pezsgő-fényfürdők. Kádhabfürdők. Szakképzett gyógymassző-rök és ápolónők. Hullámvízű nyári uszoda.

Részletes prospektust díjtalanul küld az igazgatóság.

KURHAUS SEMMERING

PHYSIKÁS-DIÉTETIKUS MAGASLATI GYÓGYINTÉZET
ÖSSZES MODERN GYÓGYESZKÖZÖK

Főorvos: Dr. FRANZ HANSY egészségügyi főtanácsos
KÉRJE PROSPEKTUSUNKAT!

TRANSPULNIN

CHINOIN

a légutak hűléses bántalmainak specifikuma!

Vasomotorhűdésnél, allergiás betegségeknél:

EPHERIT

CHINOIN

TABLETTA

PULVIS

INJECTIO

Horváth Boldizsár:

A gyakorló orvos orthopaediája. 230 oldal.

110 ábra és 16 oldal műmelléklettel 5— P

Soós Aladár:

Étrendi előírások. III. bővített kiadás 5— P

Kunszt János:

**A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és
üdülőhelyei.** 215 oldal 5:50 P

Vászonba kötve 7— P

Orsós Ferenc:

Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal 2— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a

Markusovszky Társaság. 196 oldal 3:50 P

Krepuska István:

A füleredetű agytályog kór és gyógytana 4— P

Rigler Gusztáv:

Közegészségtan és a járványtan tankönyve

25— P helyett 5:70 P

Kapható a kiadóhivatalban.